

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

154319

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005774

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Seuhaj Nada Date de naissance : 20.8.61

Adresse :

Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : SENHAJ NADA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

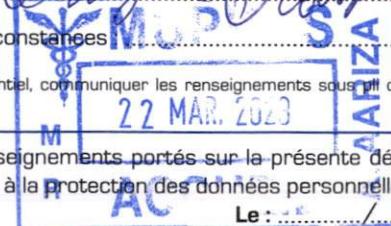
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bénième sur le Dr. Soumila KABSAJ EL AMRANI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/2023

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/2013		G	1000/-	 AMRANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADE Mme H.T. ET ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour TEL: 022-38-54-38	09/03/2023	584.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. Four directional markers are present: 'D' on the left, 'G' on the right, 'H' at the top, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the left side, and 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 on the right side.

(Création, remont, adjonction)

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de diététique

Diplômée en Echographie

Certificat de pose du Stérilet

E.C.G Glycémie

الدكتورة سمية قباج العمراني

الطب العام

شهادة طب النساء

دبلوم التغذية و الحمية

دبلوم الفحص بالصدى

شهادة تركيب اللولب

التخطيط الكهربائي للقلب

و التحليل السكري

Casablanca, le :

02/03/2023

Mme Senhaji Nadia Ep Bennis

126,30 x 2

— AUGMENTIN 1G SACHETS

1 sachet 2x/j pdt 08 jours

60,10

— MAXILASE cp

1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 8 jours

86,50

— CLÉNIL FORT

2 BOUFFES EN INSPIRATION PROFONDE 2X/J pdt 01

68,70

— SOLUPRED 20 MG CP EFFERVESCENT

3 comprimés à 8h du matin pdt 03 jours

19,50

— CARBOSORB CP TRANSIT

1cp 3x/j avant les repas

56,60

— STILNOX

1 comprimé, le soir au coucher, pendant 10jours



Pharmacie EL
Mme H.T. EL
Bd. Abdellatif Ben K.
Tél.: 022-38-54

86,50

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV : 58,40 DHS

580735

PPV:
60DH10

LOT : 200889
PER : 01/2024
PPC : 79,50 DH

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60

LOT : 220206
PER : 22/02/2024
PPC : 56DH60

6 118000 061465

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI
Médecin Généraliste
Certificat de Gynécologie Médicale
Diplôme Universitaire de Nutrition et de Diététique
Diplômée en Echographie
Maârif, Casablanca
116, Rue Ennahas Nahoui (ex Pelvoux) - Maârif - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 23 32 41

05 22 23 32 41 - المعالج (بلفو سابقا) - المعاشر - الدار البيضاء - الهاتف و الفاكس : 116, rue Ennahas Nahoui (ex Pelvoux) - Maârif - Casablanca Tél/Fax: 05 22 23 32 41