

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE PATNA EP 21demi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
areski صيدلية ارسكي PHARMACIE ARESKI Hay Amal 1 Rue 8 No 59 الله اعلم	22/03/83	1906.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ARESKI

Dr. ARESKI YMANE

Page :1

FACTURE

N° FACTURE : 7

Date : 22/03/2023

Client :

MME RAHMOUNE FATNA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
GALVUS MET 50/1000MG COMP	2	390.00	780.00
TRIATEC 10 MG 30 COMP	3	207.00	621.00
LASILIX 40 MG 20 COMP	3	34.60	103.80
MIBRAL 5 MG 30 COMP	2	53.00	106.00
CELEBREX 200 MG 10 GELU	1	89.00	89.00
ATENOR 100 MG 28 COMP	1	37.00	37.00
CEFICO 200MG / 16 CP	1	170.00	170.00

Total TTC = 1906.80

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE NEUF CENT-SIX DHS 80 CTS

Bon rétablissement

HAY AMAL 1 RUE 8 N° 59 DERB SULTAN CASABLANCA TEL: 0522 85 32 16
PATENTE : 33651246 ICE : 002976353000059

PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 N° 59
Tél. 0522 85 32 16 - Casablanca
[Signature]

Mibrat[®] 5 mg
30 comprimés



6 118000 420170

53,00

37,00

6 118001 031092
GALVUS MET[®] 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET[®] 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

207,00

LOT : 2 E 01
PER : 2 02 07

TRIATEC[®] Protect[®] 10mg
30 Comprimés



6 118000 060215

207,00

210004 117,50
TRIATEC[®] Protect[®] 10mg
30 Comprimés



6 118000 060215

Lot. 129 745

PPV :

Exp.

01 202

89,00

CELEBREX[®]
200 mg 10 GELULES



6 118000 250081

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

Mibrat[®] 5 mg
30 comprimés



6 118000 420170

53,00



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : RAHMOUNE FATNA EP Zidani

Matricule : 839

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Docteur STINAN TAZI*
 Endocrinologie - Nutrition - Diabétologie
 12 Bd. Abdellah Ben Abdellah, Appt. N° 4, Casablanca
 Tel: 0522-22-78-18 / 0522-22-86-56-34

Spécialité :

N° ICE : *41 90 - 05 22 86 56 34* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *M. RAHMOUNE* *RAHMOUNE*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Sébile Syet

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Argo orduce

HHC

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

AD. Siguez

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *04/04/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées