

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

157252

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6810** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **DRUCHA Redouane**

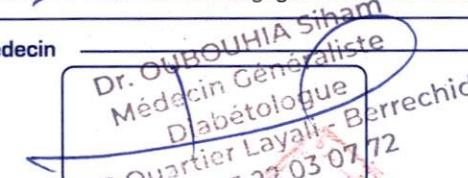
Date de naissance : **1961**

Adresse : **Route de la Gare**

Tél. : **06 78 78 33 09** Total des frais engagés : **150 + 262 Dhs** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31/03/2023**

Nom et prénom du malade : **DRUCHA Redouane** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

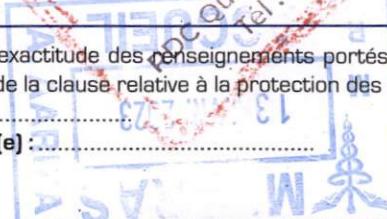
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
31/03/23		60	# 150 #	Dr. OUBOUDI Médecin Généraliste Diabetologue RDC Quartier Layali - Ber Tél : 05 22 03 07 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>مختبر ابن رشد Pharmacie IBN ROCHD Dr. HACHMI HAFSA 10, Rue Moulay Idriss Laazhar ERRECHID - Tél : 0522 32 70 47</p>	31/03/2023	262.92

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA
MEDECINE GENERALE
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA



الدكتورة سهام أوبهيا
الطب العام
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
أخصائية التغذية

أمراض النساء و تبع الحمل
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

Ordonnance

Berrechid , le ٢٦ / ٠٤ / ٢٣

Nom.prénom: Cerephas Redouane

1 - Diace 60

(RJS)
Tep/J

٣٥٥*٣

2 - Glubovan ٥٠٠ / ٥

(RJS)

J/J

بعد ٤٠ فخار

x ٣٧٦

٤٢.٥

3 - OM12

(RJS)

Tgel/J

٨٩١ - b: ١٤

Dr OUBOUHIA Siham
Médecin Généraliste
Diabétologue
RDC Quartier Layali - Berrechid
Tél : 05 22 03 07 72

RDV: ١٠/٠٤/٢٣

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72 E-mail | sihamoubouhia@gmail.com



6 118001 121380

MERCKGlucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

242600060-02

~~78,70~~6 118001 130153
SERVIER MAROC
DUMIGRON® 60 mg
60 comprimés6 118000 092421
14 gélules
Omiz 20mg

14 gélules

Omiz 20mg

الـ
a.s.
ir Vert
France

6 118001 121380

MERCKGlucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH



6 118001 121380

MERCKGlucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

42,00