

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	616	Société :	161213
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		SAHILI LAFHACHCIER	
Date de naissance :		01/06/1948	
Adresse :		MAY EL INARA 1 ZONE 14 D 11645 Agdal Rabat	
Tél. :	06 64 55 88 94	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	04/04/2012	Age:	
Nom et prénom du malade :	Le Brige Naima		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dyslipidémie + HTA enddyopathie		
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 : 04/04/2012

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/04/2012



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
04/04/23	Acte			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	* Montant de la Facture
	10/04/23	337,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
					H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		

MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
					H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
--	---

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme

Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants



الدكتورة أسماء، كثوجة

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشباع بالاوكسجين
متابعة الحمل
طب النساء ، الرجال
والاطفال



Nom du Patient:

Médecine Générale

Casablanca

12210
Dr. Tnatee S
M6,80

P.P.V : 99,000 DH
EXP : 12/2025
LOT : 221591

Dr. L. Panayot 16
09/09/09

maphar O
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP BPL B30
P.P.V : 116,80 DH

6 118001 181636

Dr. L. Hora 14
135,90
12210

293003
P.P.V 12210



العنكبي السكري تور سيدى ماسعو، مدخل رقم C عمارة رقم 8، طابق السفلي شقة رقم 1 - الدار البيضاء
Complexe Résidence Taouzar Sidi Massaoud, Entrée N° C, Imm N° 8 - RDC Appt N° 1 Casablanca
Tél.: 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : doctourgourjaasmae@live.fr