

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 : 134

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEFTAH FOUZIA

Date de naissance : 01-01-1969

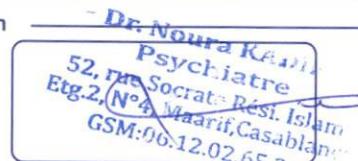
Adresse : Lot EL WAHDA I N° 33 BP 2002

Tél. : 06 51 91 20 83

Total des frais engagés : 1049,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/05/2023

Nom et prénom du malade : MEFTAH FOUZIA HAMZA Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Trouble Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 : DR FOUDI

Le : 11/05/2023

Signature de l'adhérent[e] : [Signature]



ACCUEIL

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
09.05.23	CS	1	400 DHS	Dr. Nasser KARIM Psychiatre 52, rue Socrate Résidence Bab Zayt, N°4, Maarif, Casablanca GSM: 06.12.02.65.74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/05/2023	649.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 de l'opérati

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Noura KADIM

Psychiatrie adulte Addictologie Psychogériatrie



قديم

الطب النفسي العصبي
علاج الإدمان
الطب النفسي للمسنين

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles
 - Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بريكمان ببروكسيل

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 09/07/2023

Mr. Hanza MECHANIC

291.0042

~~291.0042~~
1) Medizap - 10 ml (2 bottles)

67.40 $\frac{1}{2}$ - 00 - 00
00 8

67.4°
2) Terrestrial ref &

$$00 - 00 - 2 \times 1/2$$

15

15

III d'ans

649,60



الدار البيضاء - المعاريف (المجتمعي) الضمان وكالة

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2^{ème} étage N°4, (

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28

Dr. Noura KADIM
Psychiatre
Psyche (Casablanca)
52, rue Sidi Maârif, Casablanca
Eg2, GSM:06.12.02.65

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Terallthe 250 mg. B100 cp
RPV: 67 60 DH



LOT: 065
PER: JUN 2025
PPV: 291 DH 00

MEDIZAPIN® 10 mg
30 comprimé O



LOT: 065
PER: JUN 2025
PPV: 291 DH 00

MEDIZAPIN® 0 mg
30 comprimés

