

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.

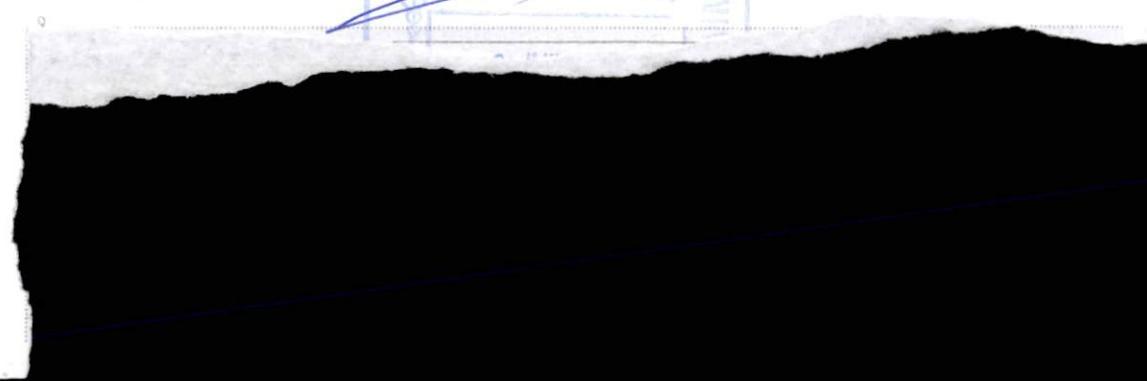
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13198	Société : LAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KASBAOUI			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 0707058117	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Meriem El LOUARDI Hépato - Gastro - Enterologue et Proctologue Lot. Haj Fatch 6, Imme 10 - Olifa Casablanca - Tel: 05.22.90.72.98
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 10/07/2023	
Nom et prénom du malade : EL ASRANY SALMA Age: _____	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Pathologie Digestive	
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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10.07.12.3	CAS.		300.000.00	INP : 051MFT6381 Dr. Meriem EL OUAIRI Hepato - Gastro - Entérologue et Pneumologue 101.H.C Fateh Al Amn 10 - Oulfa Tunis 05.22.90.723

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
234 E Louisiane - Casablanca Nadia Goura - Casablanca Sape Addoha Goura - Casablanca GSM: 06 67 07 50 25	10/07/23	394,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>55334412</td><td>31433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>G</td><td></td><td></td></tr> </table>		H	55334412	31433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	55334412	31433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif

foie-estomac-intestin-vésicule
pancreas



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al souam roches
noires Casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

641/50MP/21/NRQ

P.P.V : 123,60 DH

6 118001 020607

O

Ce GR

اختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-المراة-الأمعاء

البواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء

الفحص بالصدى الفرجي بالمنظار

جراحة المخرج

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية ل أمراض الجهاز الهضمي

2: 10/07/23

M' El ASNANY Salma

123,60

1/ I mesquin SV

22,50

1 - 0 - 1

2/

cloprome myctalle SV

249,00

3 my IM

3/

coris SV

2 - 0 - 2

394,90



PHARMACIE LES PARENTS
234 E Nadia GOURANI
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25

Lotissement Haj Fateh Imm 10 Etage 2 N°4 (à proximité de la mosquée Haj Fateh) Oulfa - Casablanca
Tél: +212 (0) 5 22 90 72 98 / Whatsapp: 06 64 49 95 23 / E-mail: cabinet.elouardi@gmail.com