

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 : 08769	Société : RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : BAKHOUCH ABDESLAM	
Date de naissance : 21-07-1966	
Adresse : 54 LOTISSEMENT EL QODS-SETTAT	
Tél. : 06.61.11.24.70	Total des frais engagés : 150,00 + 303,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **09/06/23**

Nom et prénom du malade : **BAKHOUCH ABDESLAM** Age : **57**

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **DT2**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **HTA**

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 : **CASABLANCA** le : **17/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL
EZ02

ACUPEL
EZ02

</

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
09/06/2023	GS	93	160,021	Dr. [Signature] Dihotomie 1/2 Mardi 06/06/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE R.Ben Ahmed Tél: 05.23.40.09.53 INFE: 06.20.01.312	09/6/2023	303,10 DHS

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	

21,80

DE trai	DIAMICRON 30 mg Gliclazide 30 comprimés à libération modifiée	AIRES ant la na	DIAMICRON 30 mg Gliclazide 60 comprimés à libération modifiée
	6 118000 100072		6 118000 100089
hies en cas de p			
Dents Traitées			
54,30			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
IPRADIA® LP 1000 mg Boîte de 30 comprimés à libération prolongée			
6 118000 023517			
25,90			
FIN			
IPRADIA® LP 1000 mg Boîte de 30 comprimés à libération prolongée			
6 118000 023517			
25,90			
DES SOINS			
réation, remont, adjonction] nel, Thérapeutique, nécessaire à la profe			
IPRADIA® LP 1000 mg Boîte de 30 comprimés à libération prolongée			
6 118000 023517			
25,90			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

3 4000 3

شروع البا
يختتم هنا

REXIVA® 200 000 UI/mL
Solution buvable. Boîte de 1 ampoule.
AMM N°: 262/20/DMP/21/NPd

6 118000 023685

LOT : 213108/1
EXP : 10-2023
PPU : 20,90 DH

H 25533412 2143355P
00000000 0000000C

D 00000000 00000000
35533411 1143355

B

شروع البا
يختتم هنا

REXIVA® 200 000 UI/mL
Solution buvable. Boîte de 1 ampoule.
AMM N°: 262/20/DMP/21/NPd

6 118000 023685

LOT : 213108/1
EXP : 10-2023
PPU : 20,90 DH

3 2 1 2 3
B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajar NOUILA

Diabétologue
Nutrition et Diététique
Omnipraticienne
Echographie clinique
Électrocardiographie
Lauréat de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ex. Médecin Interne
à l'Hôpital Hassan II Settat



الدكتورة هاجر نويرة

أخصائية مرض السكري

النحو والخطابة

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقائمة

خريجة كلية الطب بالدارالسليان

طبة داخلية ساق

شفـٰ الحسن الثانـٰ

•
•
•

Settat, le : ٢٦/١٢ سطات، في :

Professor Bookbinder

£1,80

1) Polyester gets derived

$$\frac{90 \times 3}{213} \Delta gtt \times 21j \quad (no)$$

8) 62,70 Rec'd A 200.00

~~54,30 x 1 / 2 10m³ 11. - 3. 2.~~

③ ~~Dominion~~ ~~Bo~~ ~~Bo~~ ~~Bo~~ ~~Bo~~

حي البطوار، شارع يلسبيز، زنقة 1 عمارة 112، طابق 1 - شقة 1 قرب مختبر الأمل - سطات

Hay El Battoire, Bd. Bel bassir, Rue N°1 Imm. 112, 1er étage, Ap 1 Province de settat

(Près du Laboratoire Al Amal) - Tél.: 0523.71.66.11 - Gsm : 0689.33.70.86

ii) THERAPEUTIQUE

$$\frac{25,10 \times 30}{75,30} - 1h - 1h = 2 \text{ g}$$

eggs (0.300g)

$$T = 303,10 \text{ DHS}$$

~~PHARMACIE R. BOUAFI~~
Ahmed
Tél: 06.22.40.59.53
INPE: 06.22.00.1312

