

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 5316

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR. JABER, MOHAMED

Date de naissance : 1954

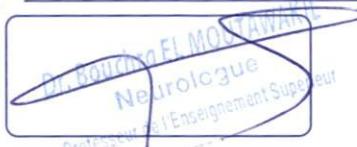
Adresse : Rue 9 NN 169 L'entissement Sidi Abdellah
OULFA - CASA

Tél. 0634 6562 19

Total des frais engagés : 946,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/06/2023

Nom et prénom du malade : J. M. LTR 75 ans Age : 69

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

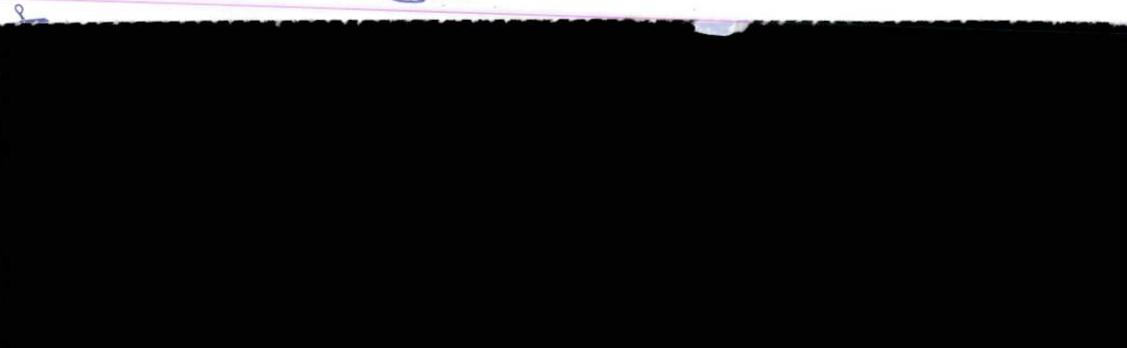
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 casa

Le : 20/06/2023

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
20/06/2023		3	35000	<i>D. Bouchra EL MOUTAABI Médecin de la Famille Enseignante en Supérette</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

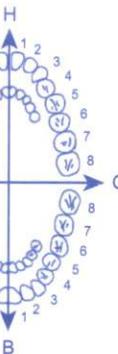
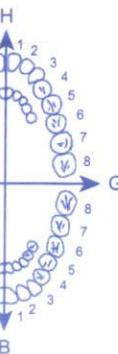
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	11433553	G	00000000	35533411	
H	21433552												
D	00000000												
B	11433553												
G	00000000												
35533411													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Pr. EL MOUTAWAKIL Bouchra

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Neurologue



الأستاذة المتوكل بشرى

أستاذة التعليم العالي
أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le

20/6/2023

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH
6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH
6 118001 050697

PHARMACIE SAIB
SAIB - AU
Dr. Zakaria SAIB
154, Bd. Oued Daouara
El Azzahri - Casablanca
Tél. 03 22 91 16 34
MADOPAR 250
T.O. 1956.07.1/2 - 1/2 - 1/2 / 6 mois

PHARMACIE SAIB
SAIB - AU
Dr. Zakaria SAIB
154, Bd. Oued Daouara
El Azzahri - Casablanca
Tél. 03 22 91 16 34
Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL
Neurologue
Professeur de l'Enseignement Supérieur

PHARMACIE SAIB

ADRESSE : DB OUED DAOURA AZHARI 2 N 154 OULFA CASABLANCA --- TEL : 0522911654

Fact le 22/6/23

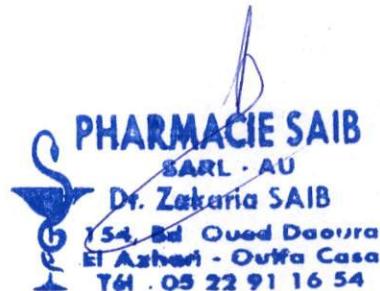
fact 4/23

M. Jaber Bokhary

2 Pastojar

$$\begin{array}{r} 2 \times 298,00 \\ \hline 596,00 \end{array}$$

Forfait au montant de cinq
Cent quatre vingt six francs



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

 Nom et prénom : **MR JABER Mohamed**

 Matricule : **5316**

 N° CIN : **1710176**

 Adresse : **Route 9 N° 169 Latissement - Sidi Abdellah, OULFA
CASABLANCA**

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : **Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL**
 Neurologue
 Professeur de l'Enseignement Supérieur

 Spécialité : **Neurologue**

N° ICE :

 N° INPE : **091032169.**

 Certifie que Mlle, Mme, M. **JABER Mohamed.**

 Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Parkinson.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Asdoper 200 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **Casablanca** le **20/06/2023.**

Cachet et signature du médecin traitant :


 Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL
 Neurologue
 Professeur de l'Enseignement Supérieur

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées