

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

- Reclamation : 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.

M23-011826

Optique *178148* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10846*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EX-AGENT

Nom & Prénom :

FADILI ATIATE

Date de naissance :

15/11/1872

Adresse :

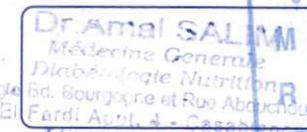
*RES OLA BLANCA IMN FS APP 16
LAMHARZA C.S.SAHEL BIR JADID*

Tél. : *0661451031*

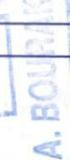
Total des frais engagés : *1379,22* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



31 OCT. 2013



Date de consultation : *17.07.23*

Nom et prénom du malade : *FADILI ATIATE* Age : *50*

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Canicule en feu / asthme*

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 : *CASABLANCA*

Le : *10/10/23*

Signature de l'adhérent(e) : *FADILI ATIATE*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL ANABEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-38-54-38	19/04/23	179,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			Coefficient des travaux
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كلية الطب بالرباط
بوردو، رين
الطب العام
داء السكري و الحمية
الشخص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le:

17/07/23

TT^e FADILI ATIATE

25,10 x 2

1) Fumafe



1cp x 2/j x 03 mois

129,00

2) Well - woman



1cp /j le matin

149,20

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 022-36-54-28

Dr. AMAL SALIM
Médecine Générale
Diabète et Nutrition
Echographie
El Fardi, Appt. N° 4, 1er étage - Casablanca
Bd. Bourgogne et rue Abou Chouja
El Fardi, Appt. N° 4, 1er étage - Casablanca
Tél.: 06 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
E-mail: dr.salimamal@gmail.com

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPV 25.10 DH
LOT L0192 PER 02/27

100 comprimés
voie orale



عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPV 25.10 DH
LOT L0192 PER 02/27

100 comprimés
voie orale



عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR

