

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 : 11890 Société : RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASNA HAS.NA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 067445654123456789 Total des frais engagés : 584,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : Hasna b. Hamdi Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie : 10/09/2023

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
19.09.2023	CA	CA	15.00	DR. SAAD BENJELLOUN GOUAR. TÉL: 06 76 62 07 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94 Lot NAIT N°4-GOUAR Tél: 06 22 53 47 00	20/09/23	4341,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

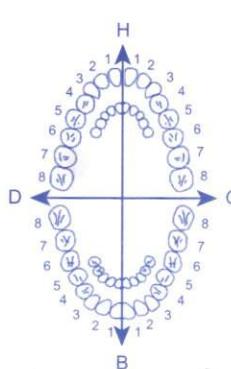
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

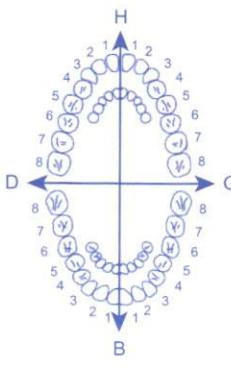
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

docteur Ahlam Zguouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام زكوار

خبيرة كلية الطب

بادار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بموريشيوس

مولاي يوسف الدار البيضاء

الطبي العام - الفحص بالصدري

تخطيط القلب - تنفس الصدر - مرض المكربن والضغط الدموي

الصبية العلاجية

ORDONNANCE

Déroula le..... 20.04.2018

R.

husna hom.

99.50



INPE: 062074810

Adub flor

18 x 1h

LA PHARMACIE REGIONALE
DÉPARTEMENT DE DEROUA
Tél: 06 76 67 07 80

58.30 x 2



Negash

160

14 x 2h x 3

ml/1

30.50 x 3



Orfalin flor

14 x 2h

Fig

98.80 x 2



Vitamine flor

14 x 3L

Ts 434.20



26 جزئية النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80

LOT: 4320
PER: 05/26
PPV: 42DH00

CO-TRIM® FORT 20 comprimés
PPV 30DH50 EXP 06/2027
LOT 32010 5

CO-TRIM® FORT 20 comprimés
PPV 30DH50 EXP 06/2027
LOT 32010 5

LOT : 5109
PER : 06 - 25
P.P.V : 58 DH 30

LOT : 5109
PER : 06 - 25
P.P.V : 58 DH 30

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

Lot: 01623
A consommer de
préférence avant le : 03/2025
PPC : 99,50 DH