

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3141 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Charakan Zahra 10/08/2023

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 / 10 / 2023

Nom et prénom du malade : D- CHARAKAN Zahra Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Surve HTA, NCB grande

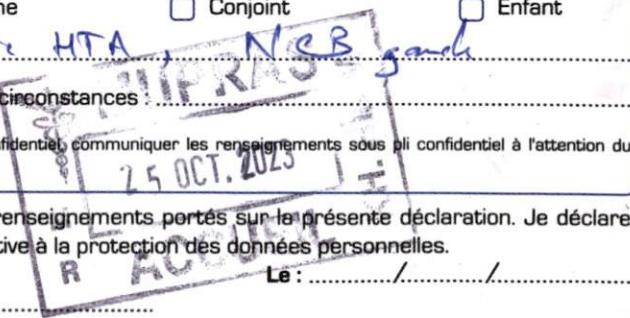
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
19-10 2023	C		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE W. AIT ZEKRI Docteur en Pharmacie 02-224 51 3224 El Jadida	19/10/23	589,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ---+--- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVIE HTA ET DIABETE



الدكتور عمران معتصم

الطب العام

جامعة،

القدس والصدى

الطبي الأسيحياني

التغذية وال營養

العبرة الطبية

تنع امراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برض المريض

Casablanca, le 19 - 10 - 2023

57,00 x 3
2/ Tensionex

21,80 x 1

2/ Aspergi 100 g

43,00 x 3

3/ Anglores

28,80 x 3

4/ vitaverifat

941,00

5/ Hydroflex 150 g

7/ 589,40

HARMACIE WIAYA MOULOUY
ZEKRA Abdellati
Docteur en Pharmacie
Casablanca - Tel: 0522 90 57 77
220-222-224 Bd. Oued Moulay
C.C. 00229 12200000077

Contrôle

Consultation

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Permis de conduire
710 BD. Oued Sabou Oulfa-Casablanca
Tel. 05 22 90 33 27

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 00168174900029

CNS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél. 05 22 90 33 27 - Email. drimrane@gmail.com

57,00

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V :21DH80
PER :03 2025



ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V :21DH80
PER :03 2025



57,00

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V :21DH80
PER :03 2025



ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V :21DH80
PER :03 2025



57,00

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V :21DH80
PER :03 2025



PPV:43DH00
PER:07/25
LOT:M2687

PPV:43DH00
PER:07/25
LOT:M2687

PPV:43DH00
PER:07/25
LOT:M2687

PPV
LOT
PER

28,80

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

MYDOFLEX® 150 mg
Tolperisone HCl
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850