

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° M20- 0000790

Optique 180 864 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1223 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DERKAOURI Abdellkrim

Date de naissance : 3/2/1949

Adresse : 52 Rue ABOU ISHAKELMAROUFI Apt 3 - Marj - CASA

Tél. 06 82 05 07 72 Total des frais engagés : 462,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/10/2023

Nom et prénom du malade : DARKAOURI Abdellkrim Age : 74

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 05/10/2023 Le 26/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

31 OCT. 2023

Signature : 26/10/2023

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
13/10/2023	Consultation	-	3000	Mustafa SKALLI 101 LOGUE BLANCA sdan - CAS 22.53 Fox: 022 25.56.12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: upward (H), downward (B), leftward (D), and rightward (G). The upper arch has arrows pointing H, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The lower arch has arrows pointing H, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 230424
EXP 03/2026
PPV 49.40DH

5 مللي
متريلوكالام

28 x

قرصا

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

COOPER
PHARMA

PREZEAR® 50 mg

Losartan

30 Comprimés
pelliculés
sécables
Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaï - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 82DH70
PER: 06/26
LOT: M1984

MR DERKAOUI ,ABDELKrim

13/10/2023 12:16:59

ID:
DDN:05/02/1949
74 Ans ,172 Cm ,89 Kg
Homme ,Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant: DR MOSTAFA SKALLI
Notes: TA=120/770

FC: 60 BPM
Int PR: 203 ms
Durée QRS: 90 ms
QT/QTc: 391/392 ms
Axes P-R-T: -27 -39 27
RR Moy: 988 ms
QTcB: 393 ms
QTcF: 392 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

