

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

- 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 : 00000802 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Hajji Aicha Uve Techlouz Bouazza

Date de naissance :

Adresse : BLOC 1 N° 204/1 Hay adil Hay Rahamadi

Tél. : 0630442589 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2023

Nom et prénom du malade : Hajji Aicha

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ango

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/2023 | CS | 1500 | 1500 | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--|-----------------------|
| Pharmacie Fouarat Sainé Tél: 0522 60 11 83 INPE | 193, Av. Fouarat Sainé Tél: 0522 60 11 83 | 1243,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

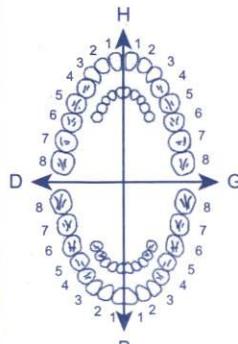
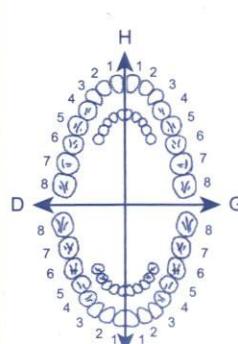
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVE DES FRAIS ETHONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la n°

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
|  3 118001 13018 NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg 30 comprimés à Libération PPV : 79,90 DH | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Safaa LAHRACH

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca
Ex-Médecin Interne à l'Hôpital
Ben Msik Sidi Othmane

Omnipraticien Médecin de Travail

خريجة كلية الط
والصيدلة بالدار البي
طبية داخلية سابقاً بـ
ابن امسيك سيدى
طب الأسرة
طب التشغل

Casablanca, le

26/10/2023

113.70

169.00

~~169.00~~
~~86.40~~ Delicado ~~S.V.~~ say ~~S.V.~~ de pdf

~~96.00 x 3~~
My double ~~S.V.~~ say ~~S.V.~~ M pdf line

~~58.50 x 4~~
Psychoso ~~S.V.~~ ampon d'Beiner
d'Begin
I am goin tout les joun pdf 75 joun
peus I am goin 2 fois sans pdf 2 mois

PPV: 86DH40
PER: 06/26
LOT: M2012

حي عادل - زنقة 26 - رقم 14 - الطابق السفلي - الحي المحمدي (شارع الفوارات قرب سينما المسيرة) - الدار البيضاء
Hay Adil - Rue 26 - N° 14 - Rdc - Hay Mohammadi (Bd Fouarat près de Cinéma Massira) - Casablanca
Tél.: 05 22 600 517 - E-mail : dr.lahrach1@gmail.com

79.90 x2

Natriodam 1000/5

S.V.

GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10/2022
EXP: 10/2025
PPV: 94dhs00



72.90

Monyc 150as

100

132.00

Aedar 1g

100 S.V. 1000/5

S.V.

1249.80

LOT 230036
EXP 01/26
PPV 72DH90



hydroxo

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

20 mg PPV 113 DH 70*

gie
à l'intérieur.
enfants
passant pas

ع

الجرة
الخل.
جة منوية.

GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10/2022
EXP: 10/2025
PPV: 94dhs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10/2022
EXP: 10/2025
PPV: 94dhs00

