

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.

M23-0015805

Maladie

Dentaire

Optique

RECEPTION MUPRAS Autres

Y 4674

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4674 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMOUCHE MOHAMMED

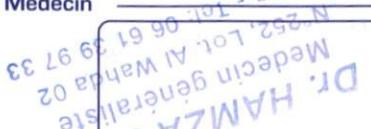
Date de naissance : 2000-01-01

Adresse : 01.06.1959

Tél. : 0660049827 Total des frais engagés : 513 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/2023

Nom et prénom du malade : Hamouda Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. HAMZA JAMIL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. HAMZA JAMIL

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 : 18/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : BIOCUEIL



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
10/11/2013		9	150	12
				150
22/11/2013				150

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SOCIETE DE PHARMACEUTIQUE PARIS 75017 Tél. 05 22 51 40 00	18/10/23	363,00

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 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hamza JAMI

OMNIPRATIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Casablanca
Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امسيك

Deroua, le 13/12/2023

LOT : 22E004
PER : 02/2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 980DH00
6 118000 062257

LOT : 22E004
PER : 02/2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 980DH00
6 118000 062257

LOT : 22E004
PER : 02/2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 980DH00
6 118000 062257

LOT : 22E004
PER : 02/2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 980DH00
6 118000 062257

1) Tamsulosin Win
98.00 x 3
69.00 - - -
Acta levine
5 x 25
363.00

LA PHARMACIE REGIONAL
Dr. Saad SENELLOUN
lmm. 94, Lot N°1 ALDEHDA
Tél. : 05 22 03 66 27 07

252 الطابق الأول تجربة الوحدة 2 أمام مختبر التحاليل الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000