

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.

M22- 0051283

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11689 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT BAHADDOU SAÏDA

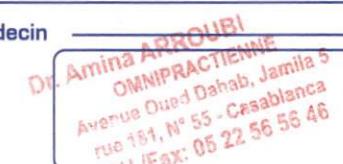
Date de naissance : 12/09/1972

Adresse : Jamila 5 Rue 12 N°5 Casablanca

Tél. : 06 60 44 97 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/12/2023

Nom et prénom du malade : AIT BAHADDOU SAÏDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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
27/12/2013	1	C	1500H	Dr. Amin ARROUD OMMOPRACTIENNE Avenue Ibn Sina, 1000, 1000, Casablanca rue 151, N° 9 tel./FAX: 05 22 56 56 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEE DE RADIOPHOTOGRAPHIE			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
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

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata

Diplôme Universitaire

Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)

Diabétologie - Echoangiographie

Spécialiste en Médecine du Sport

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سياتة

حاصلة على دبلومات جامعية

طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الانجاب)

مرض السكري - الفحص بالصدى

أخصائية في الطب الرياضي

Le 27-12-23
Mr (Mme) ATT BAHADDOU SABRI

1e

27-12-22

Mr (Mme)

ATT BA HADDOU SPARD

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2111

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2733

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2728

Sinocare
Safe AQ
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP

PPV: 42DH60
PER: 06/26
LOT: M2021

720⁽⁰⁾

42, 61

2) Singapore strip

1980
11/1980

Notwendig

Dr. Armina ARROUBI
OMNIP
Gua O

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكينة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email : dr.amina.arroubi@gmail.com
Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba

Pharmacie LAHBABI

DR. LAHBABI MOHAMED

0522-37-31-03

79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA



Facture N° 20240106-283

Date de vente : 06/01/2024

Médecin traitant :

AIT BAHADDOU SAIDA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SINOCARE BANDELETTES B25	1	120,00	TVA (20.00%)	120,00

Total HT	100,00 DHS
TVA	20,00 DHS
Total	120,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent vingt DHS

