

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11694</u>		Société : <u>R.A.M</u> <u>203576</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HACHIMI KHALID</u>			
Date de naissance : <u>17/02/1970</u>			
Adresse : <u>32 RUE SOUS, QUARTIER CUBA</u>			
Casablanca			
Tél. : <u>06 72 96 32 56</u> Total des frais engagés : <u>441,50</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p><u>Dr. BOUQRINAT Sara</u> <u>Médecin Généraliste</u> <u>3, Imm.37, RDC, Lot. Maiwa 7 -</u> <u>AIN ATTIG</u></p>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>17/04/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>HACHIMI LO JAINLATIFA</u> Age : <u>3 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Angine</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.			

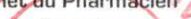
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Ain Attig 17/04/2024
 Signature de l'adhérent(e) : M.H

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
17/04			150,00	Dr. BOURINAT Sare Médecin Généraliste Imm.57, RDC, Lot. Manwa AIN ATTIG
20/04				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.01.24	231.53

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

PROTHESES DENTAIRES	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX				
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D G
25533412	21433552					
00000000	00000000					

— 8 —

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

= = 11694

Dr. BOUQRINAT Sara

Médecin Généraliste

- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômée de l'Université de Bordeaux en Gynécologie, infertilité et suivi de grossesse
- Échographie générale
- Ecg



د. سارة بوقرينة

طبيبة عامة

- خريجة كلية الطب بباربادوس
- خريجة جامعة بوردو في أمراض النساء والتوليد والعمق
- الفحص بالصدري
- تخطيط القلب

Ordonnance

Enfant EL HACHIMI Lojain LATifa

le 17/04/2024

LOT: 24CA0029
EXP: FEV 2026
P.P.C: 68:00DHS

LOT: 30596
PER: 08/2026
PPC: 83.50DH

صالح لغاية:

04/26
ULTRA-LEVURE® 250 mg
Boîte de 10 sachets
PPV 35.60 DH

CETAMYL®
PARACETAMOL
Sirop pédiatrique 3%
Flacon de 90 ml
PPV : 17,10 DH

- 69.00
1- Apimax kids :
1cac x3/j pdt 07jours
A3.50
2- Rhinolaya kids :
1pulv x4/j pdt 07jours
35.16
3- Ultralevure:
1sachet x2/j pdt 07jours
17.10
4- Cetamyl :
1dose (15) X3/j si fièvre
* 5- Ofiken 100 :
1dose(15) x2/j pdt 08jours



Dr. BOUQRINAT
Médecin Généraliste
3, Imm.57, RDC Lot. Marwa 7
AIN ATIQ

87.30

3 الطابق الأرضي، العمارة 57، إقامة مروي 7، عين عتيق



05 37 64 13 32



cabinet.dr.bouqrinat@gmail.com

