

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

N° W19-502743

45467

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0572

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MED HAMID MESRAR

Date de naissance : 05/12/1951

Adresse : Bd MED 6. Resid. Les jardins ALBALOUS
10510 MELABATA - TANGER

Tél. : 0660010920

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : MAAPOUF BOUCHRA

Age : 62

Lien de parenté : Même-méme

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Arthralgie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

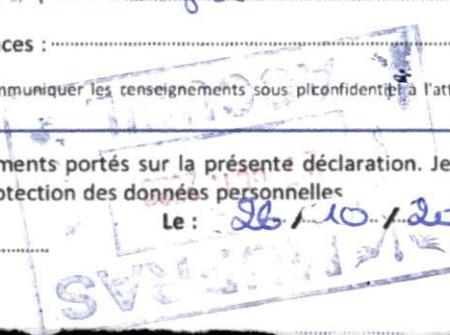
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 26/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26/10/20	08		6	INP : 08117631A

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
8, Rue des Hôpitaux Quai Hôpitaux Ibn Rochd (M) Tél: 0522 20 20 64 Casablanca	26/10/2020	421,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

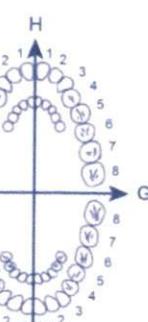
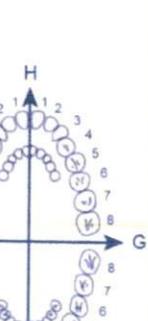
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Cabinet de Médecine Interne

Dr. Sanaa EL HERRAR

Spécialiste en Médecine Interne

Maladies Rhumatismales

Maladies des os et des articulations

Gériatrie, Check-up médical



Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine

Pierre et Marie Curie (Paris)

الدكتورة سناه الحرار

اختصاصية في الطب الباطني

أمراض الروماتيزم، العظام والمفاصل

طب المسنين وأمراض الشيخوخة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

مجازة من كلية الطب بباريس

casa le 26.10.2020

Mme Neerafi Bachra



40,30

1- Xanax 0,50 mg : 1/2 CP le mat



122,70

2- Dofetilide 100 mg : 1 CP a 21 J PGT 1

60,40

3- Di-indo 100 mg : 1 sup



198,00

4- Ndciclopiptol : 10 sup a 21 J



18, Rue des Hôpitaux Quartier

Hôpitaux Ibn Rochd (Morocco)

Tél: 05 22 49 11 84 / F

Casablanca

COOPER PHARMA
LOT N° : 131804
PER : 12-2016,
PPV 340,30 DH

122,70

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires
PPV 60DH40 EXP 02/2021
LOT 7D028 3

PVC: 198,00 DH



40, زنقة المستفيضات (مقابل مركز التشخيص ابن رشد، جناح 28) الطابق 3 الشقة 21 الدار البيضاء

40, Rue des Hôpitaux, Immeuble les Roseaux, étage 3 N°12 (En face du Centre de diagnostic Ibn Rochd, Pavillon 28) Casablanca

Tél. : 05 22 49 11 86 - GSM : 06 48 95 93 48 - Email : Dr.elherrar@gmail.com