

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 8106	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IDBIII LATIFA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2335 Total des frais engagés : DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. EL ATOUANI Médecine Générale 73, Lot Hamza Sidi Maâti Casablanca Tel: 0522 20 45 45			
Date de consultation : 27/04/2020			
Nom et prénom du malade : IDBIII LATIFA Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Asthme allergique pharyngite Toux			
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Solahia

Le : / /

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
7/2/2016 c			1500 Dhs	INP : 091218578
7/3/2016 contre			600 Dhs	<i>Signature</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BLOC FIXE RESEAU NATIONAL Ida-Matrouf Tél: 0527 33 56 99</i>	27/02/2020	344,70
	03/03/2020	179,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
		INP : <input type="checkbox"/>																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																		
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		D		B		25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000	11433553	00000000
H		G																		
D		B																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
35533411	00000000	11433553	00000000																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																		
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

LOT 191576
EXP 06 2023
PPV 90 50

LOT 063989/FC1
10/2022 PPC 79.50

65,00

ORDONNANCE

EL ATOUANI Hind
Médecine Générale
72 Lot Hamza Sidi Maarouf
Casablanca Tél: 0522.32.13.15

Le : 27/04/2020

Flame LATIFA 108 M1



79,70

di Kida Seung

JPF fatt o3

65,00

3) oerpid derg

JPF fatt o3

79,50

Enzadex

Icac x 31



ATOUANI Hind
Médecine Générale
72 Lot Hamza Sidi Maarouf
Casablanca Tél: 0522.32.13.15



ENROUEX®

Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre

LOT 19291/FC7
10/2022 PPC 42,80

Propriétés :

ENROUEX est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.

LithoType

ORDONNANCE

Le : 23/02/2022

Mr. OBIHI LATIFA



136,20 "Nasonex"
maroc / marrakech

12,80 "examen de l'oreille"

Dr. EL ATOUANI Hmid
73, Lot 1 Hamza Sidi M'daourif
Casablanca. Tel: 0522.32.37.1

136,20 "examen de l'oreille"
Dr. EL ATOUANI Hmid
73, Lot 1 Hamza Sidi M'daourif
Casablanca. Tel: 0522.32.37.1