

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 516 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Rabi Ahmed
 Nom & Prénom : Rabi Ahmed
 Date de naissance : 01-01-44
 Adresse : HAS FATEHI Rue 13 N° 12 00120 CASA
 Tél. 06.68.48.14.31 Total des frais engagés : 29.12.00.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. RAI
Professeur de Neurologie
Service de Neurologie-Explorations
Neurophysiologiques
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation :

04/11/22

Nom et prénom du malade

12 AMICLADY

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

aff Neurog p Choc

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : CHOC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un 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 : 04/11/22

Le : 14/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Ked

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
24/10/2012	25	100	100	Dr. M. A. [Signature] Professeur de Neurochirurgie Service de Neurochirurgie CHU Saint Roch [Signature]
				Sce de Comptabilité Clinique Sce de Radiologie Sce de Radiologie Sce de Radiologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AVANTAGE TÉLÉPHARMACIE 022932855	26-10-22	2812,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8				

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CEP 30	10000
Total	10000

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

0210953

Signature du
Régisseur et Cachet



Hôpital sans Tabac
Fumer tue



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

24/10/22

ORDONNANCE

Docteur :

Dr Radi Khadly

2812

0 Dysport 100U SV

0 1 flacon

PHARMACIE ANNASSA
HIND IBN ROCHD
1, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 48 23 23 - Fax: 02 53 28 33

Dr. M. RAFAI
Professeur de Neurologie
Service de Neurologie Appliquée
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Maphar

Bd Alkijma N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca



Dysport 500 unité lyo Inj b1

P.P.V : 2812,00 DH



6 118001 180912



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

Dysport®

tés Speywood

ur solution injectable

otulinique de type A

us-cutanée ou intramusculaire)

500 U

1 flacon



IPSEN

1



Conserver entre
+2°C et +8°C