

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 réeducations.
- 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.

N° W21-728577

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
ANAS

Matricule : _____ Société : *RAG*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *SAMI BAHJA*

Date de naissance : *23/07/78*

Adresse : *N° 11 CITE PANORAMIQUE 72A RUE D'*

Télé. : *05 36 71 66 64*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *CHU CASABLANCA*

Date de consultation : *15/07/2013*

Nom et prénom du malade : *Sami Bahja*

Age :

Lien de parenté : *Neveu*

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Affection maladie*

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) : *Sami Bahja*

VOLET ADHÉRENT

BEIJING 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 03/01/2016 | | 5 | | <p style="text-align: right;">INP de Compensation Cancerologique Recette De l'Oncologue Dr Hicham EL OITAMI CHU Ibn Rochd Pharmacie</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------------|-----------------------|
| Pharmacie Ibn Sina Hay Pan N° 98 - Sidi Maâoul Auled Hocine Casablanca Tél : 97.27.54 | 17.11. 22 | 1302.20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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'ODDF

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------|---|------------------|-------------|---|--|---|--|---|----------|----------|---|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|--|--|---|--|---|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | | G | | D | 25533412 | 21433552 | G | 00000000 | | 00000000 | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 25533412 | 21433552 | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

| NATURE DE LA REÇUITE | SOMME |
|----------------------|-------|
| CP30 | 30000 |
| Total | 30000 |

Quittance
Hôpital Ibn Rochd
0219584

Hôpital Ibn Rochd
Signature du Comptable et Cachet
Régisseur et Cachet
Régie de Reçus De l'Oncologie

110,50

124,90

H

Distribué par Roche S.A.
 Bd. Sidi Ben Abdellah
 N° 05, Casablanca Marina
 MADOPAR 200/50-100 comprimés
 P.P.V. : 298,00 DH
 6 118001 050697



الدواء ينتمي إلى

110,50

110,50

50 X 16 X 114 mm

ORDONNANCE

17-11-2022

Docteur :

M. Sami Bahige

Distribué par Roche S.A.
 Bd. Sidi Ben Abdellah
 N° 05, Casablanca Marina
 MADOPAR 200/50-100 comprimés
 P.P.V. : 298,00 DH
 6 118001 050697



298,00 x 2

Melgar 250 → SV

 1/2 - 1/2 - 1/2

110,50 x 3
 Trivastal 50 → SV

 0 - 0 - 0

(mbo
ref)

3) 124,90 x 3
 Tridex 50 → SV

 1/2 - 0 - 0

(7j)

124,90

124,90

03 nos



20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83