

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

145733

Déclaration de Maladie

M22- 0026505

Matricule :	1975	Société :	R.A.M RETR
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	AFKIR Lahcen
Nom & Prénom :		AFKIR Lahcen	
Date de naissance :		01.01.1949	
Adresse :			
Tél. 06 66 38 80 28		Total des frais engagés : 1079.30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	05/01/2023	Age :	
Nom et prénom du malade :	ZBAM MOHAMED	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	HTA		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/01/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/01/2013	S. Ecp		300.00	Dr. KHALID ADNANI C-2010 LOGUE AV. 20 B J 2277 ME SALAMA HI O. 021 55 41 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2023	779,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular DNA molecule with 8 segments, labeled A through H around the perimeter. The segments are numbered 1 through 8. Segments 1, 3, 5, and 7 are labeled with 'A' at their top vertices, while segments 2, 4, 6, and 8 are labeled with 'G' at their top vertices. Segments 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are each represented by a circle containing a smaller circle, with horizontal lines extending from the center of the inner circle to the right.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.:05 22 55 41 08
Mobile:06 66 25 12 44 Whatsapp
Fax:05 22 55 41 12
Email:kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 05/01/2023

Mme Hlima BAMOHAMED
64 ans

131,50

1) VARTEX 80 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois



30,70

2) KARDEGIC 75 MG BOITE 30 SACHETS

Prendre 1 sachet à midi, après le repas, pendant 3 mois



130,20x3

3) TRE-ZEN 20 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

43,80

4) CARDINOR Comprime à 6,25 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

13,40x3

5) LEVOTHYROX 50 µG CP

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois

36,170

6) ANXIOL Comprime à 6 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le soir

52,90x2

7) SPASMAG BT/30 AMP BUVABLE

Prendre 1 ampoule le matin et le soir

PHARMACIE BENNOUR
Casa - Tel: 05 22 55 33 16
BLOC 25 N°E SIDI OTHMANE
Casa - Tél: 05 22 55 41 08

PHARMACIE BENNOUR
Casa - Tel: 05 22 55 33 16
BLOC 25 N°E SIDI OTHMANE
Casa - Tél: 05 22 55 41 08

PHARMACIE BENNOUR
Casa - Tel: 05 22 55 33 16
BLOC 25 N°E SIDI OTHMANE
Casa - Tél: 05 22 55 41 08

1 boite

2 boites

7 spécialité(s) prescrite(s)

779,30

Dr Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV Med Bouziane Salama
Sidi Othmane - Casablanca
Tél: 05 22 55 41 08

Dr. ADNAN Khalid

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

COOPER PHARMA
PPV: 43,80 DH

LOT : 22E007
PER : 06/2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

1180000190 0000011847

LOT 221570
EXP 10/2024
PPV 36.70DH

LOT 221473 1
EXP 05 2025
PPV 131.50 DH

PPV 130DH20
P.E.T 09/24
L.G.T L2132

PPV 130DH20
P.E.R 10/24
L.G.T L3489

PPV 130DH20
P.E.L 01/24
L.G.T L3489