

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 : <u>1145</u>	Société : <u>R.A.M</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>A. JELLOUL KIAOUAT</u>		
Date de naissance : <u>24/12/1949</u>		
Adresse : <u>1, Rue Kassem Amine</u>		
Res. <u>Jean Taurès</u>		
Tél. : <u>0661215618</u>	Total des frais engagés :	<u>..... Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>06/02/2023</u>	Age:	<u>.....</u>
Nom et prénom du malade :	<u>.....</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copain	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>.....</u>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : <u>Neoplasme</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>.....</u>		
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) : 

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
20/02/23			CC	<i>CHU SIDI RHIZA Centre de la Douleur et des Soins de Mohammed pour le traitement des Canaux - Chirurgie Ch. Idris Rochdi - Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL BOUDOUR 115, Rue Sebta ou des hôpitaux, Casablanca Tél: 0522 86 04 67 - IF: 40464104 Fax: 0522 86 04 68 - E-mail: caspharmacyalboudour@gmail.com RC: 252331-ICE: 001448477000066</i>	06/02/23	2614,50
	06/02/23	283,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>INPE - Casablanca</i>			

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac

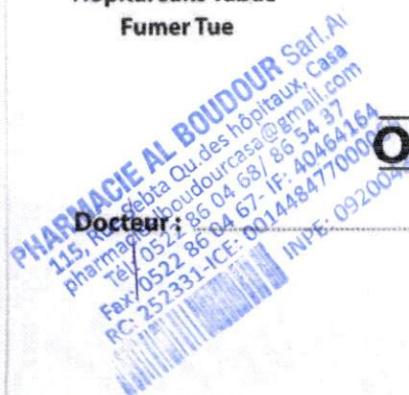
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

06/02/23

ORDONNANCE



Djelloul Nasir

20,00

① spahmpon 10 m +
2 cp 18 h

LOT : 7081
UT. AV : 02-27
P.P.V : 20,00 DH 00

تبغات فارما 5
من لمد فيلان (R2)
LABORATOIRES ARMAF

140,00

② Melov

84,50

③ Zetalex

244,50

Composition:
Extrait de l'huile de sésame (β-Sis.
Excipient
Excipient à effet notoire: Huile de se
Conserver à une température ne dép.
Ne pas Laisser à portée et à La vue de
Pour les Indications, les contre-indicat

PPV: 140,00 Dhs

Lot : 027
À utiliser de
préférence avant le : 04/2027
PPC : 84,50 DH



2505-3

DGW, UK
حمل
البلانكا

2505-3

DGW, UK

حمل
البلانكا



2505-3

abianca
جبل
البلانكا

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 caps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00



abianca
جبل
البلانكا

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 caps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

2505-3

DGW, UK

حمل
البلانكا



2505-3

UK



2505-3

black



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفي ابن رشد، الدار البيضاء



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

06/02/23

ORDONNANCE

Docteur :

Djelloul

Nasoul

O Sevelol 10 mg S.V

35,00 x 6

1/2 Cph 4



PHARMACIE AL BOUDOUR
SARL AU Capital de 6320.000 Dirhams
Siège Social Casablanca, 176 route de Sébta
Tél: 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
R.C. : Casablanca N° 100464164
TVA: 05 22 48 30 30

P.P.V : 73.40 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

O Magasin 13.40
N° 00435X

Unité de
Casablanca
Centre Molt
Ibn Rochd

283.10

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

