

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JABRANNE Hassan

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : cité ESSALAM AL YASSINI N° 14 imme 74 APT 7

El ouelfa

Tél. : 0663291829 Total des frais engagés : 3090,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : CHAABi saïda Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie hypertensive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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 : Casablanca Le : 09/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : J.S.



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
06/02/2018	33	Gratuit		Dr. CHAOUKI Généraliste Médecin家庭医生 -家庭医生 -家庭医生 06 38 02 79 60 Dr. CHAOUKI Généraliste Médecin家庭医生 -家庭医生 -家庭医生 06 38 02 79 60 Dr. CHAOUKI Généraliste Médecin家庭医生 -家庭医生 -家庭医生 06 38 02 79 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
EL HABHI EL HADJ Pharmacien Hassan CHARAF 2 CASA - OUJDA 22 90 05 67	9/2/23	3090,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

71 Augmentin 1g
 20,00 x 3 1 sachet x 2/j x 06 jours.
 S.V.

81 ZUCAM
 140,00 1 sachet x 2/j. S.V.

91 Oedes 20 mg
 1 gel/j le matin à je
 UPERIO® 50 mg
 Comprimé pelliculé.
 Boite de 28.
 PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
 Comprimé pelliculé.
 Boite de 28.
 PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
 Comprimé pelliculé.
 Boite de 28.
 PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
 Comprimé pelliculé.
 Boite de 28.
 PPV : 405 DH

Cardensiel® 2,5 mg
 comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 50,70 DHS

KARDEGIC 75 MG
 SACHETS B30
 P.P.V :30DH70

KARDEGIC 75 MG
 SACHETS B30
 P.P.V :30DH70

KARDEGIC 75 MG
 SACHETS B30
 P.P.V :30DH70

02 25 P.P.V 79 00

02 25 P.P.V 79 00

02 25 P.P.V 79 00

6 118001 100859
 Levthyrox® 50µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

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

118001 102006
 Levthyrox® 25 µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

PPU: 126,30 DH
 LOT: 650550
 PER: 03/24

UT. AV:
 P.P.V. (DH):

LOT: 211541
 PER: 05-2024
 PPV: 140,00 DH

09/25 UT. AV:
 20,00 P.P.V. (DH):

UT. AV:
 P.P.V. (DH):

3090,40

DR. CHAOUKI SAWA

PHARMACIE EL MASJIL AL HABIB
 BOSSABHI EL HABIB
 Directeur en Pharmacie
 Riad May Hassani CHARAF 2
 CASA DULFA
 Tél: 05 22 90 05 67
 ↗ 20DH