

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

- 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.

M22- 0030456

15403A

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5353 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUASSA AYMAN khader

Date de naissance : 01/06/1953

Adresse : 13, 6T H.S. FATEH S. OULESS CASABLANCA

Tél. : 0601071814 Total des frais engagés : 789 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : Casablanca Le : 20/03/2013

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	789,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

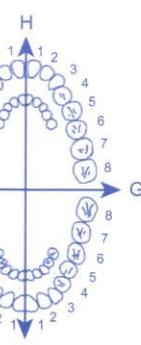
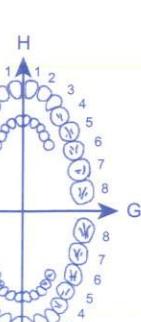
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad \quad 21433552 \\ 00000000 \quad \quad 00000000 \\ \hline D \quad \quad G \\ 00000000 \quad \quad 00000000 \\ 35533411 \quad \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. Berrada Allam
Khaled

0920330000
STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA 1
Lalla Haj fath Rue 6 N° 3 lot 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 54

Le 20/03/23

Facture N° 67

Quantité	Désignation	Prix	Montant
03	permixon 260mg	153,30	459,90
03	contiflo 0,4mg	109,70	329,10
153,30	PPV: 109DH70 2G1W2A 077-0	NTIFLO® PPV: 109DH70	
153,30	PPV: 109DH70 2G1W2A 077-0	NTIFLO® PPV: 109DH70	789,00
153,30	PPV: 109DH70 G07 51A 10/24	NTIFLO® PPV: 109DH70	

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BERRADA AOUAN Khaled

Matricule :

1353

N° CIN: *B 20 9838*

Adresse :

19, 67 HAJ RAHIS OULES CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR ADIL OUZZANE* Spécialité : *Urologue*

N° ICE : *002118391000075* N° INPE : *091210823*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *BERRADA AOUAN KHALED*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

*Conflo 400 mg 1/2 jour
Per os 160 mg 2/3 1/2 jour*

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Adénome de prostate Symptomatique

Dont ci-joint ordonnance :

oui

Traitements prescrits :

*Conflo 400 mg 1/2 jour
Per os 160 mg 2/3 1/2 jour*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *01/11/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Rachid El Mansour
Bureau N° 42 Casablanca
Tél : 0522 23 84 73

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

