

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2545

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALIL

MOHAMMED

155617

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 37 RUE SOUDRAFÉ MARIF CASA

Tél. 06 70 56 66 41 Total des frais engagés : 311 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Enterologue
175 Rue Boukraâ - Casablanca
Tel: 05 22 27 78 18

Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : Jalil Ben Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

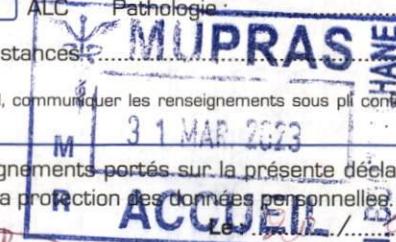
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
20/03/2023	contrôle Gynéco			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA El Jadida Casablanca Tel: 05 22 99 57 46	20.03.23	311.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/23	TDM Thorax Abdomen peur	pec

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

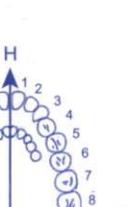
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	MATERIAUX <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td><td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td></tr> </table>	H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>
		H	G							
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	G									
B										
MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>								
DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr BERRADA M.

Radiologue

TVA n°: 705819

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Patente: 34770967

Domiciliation Bancaire: compte n°013 780 01120 000183 001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa CASA
Casablanca le 20/03/2023

ORDONNANCE

-Nom & Prénom : Mr. JALIL MOHAMED

-Examen demande : TDM THORACO ABDOMINAE

311.00

-VISIPAQUE 320 MG 50 ML 1 BOITE

PHARMACIE ET PHARMACIE
BONHEUR JADIDA
240, Bd Hassan II
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46



17, Rue Mohamed BAHI (ex. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des Taxis-Maarif. Casablanca 20 100. Tél.: 022 25.74.82 / 23.79.34 / 25.30.30. Fax: 022 23.77.05



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh
Boussakra-Nouaceur
N° AMM: 288/16 DMP/21/NNP

Composition: Iodixanol 652 mg quantité correspondant à Iode: 320 mg par ml
Excipients: trométamol, calcium édétate de sodium, chlorure de calcium, chlorure de sodium, HCl, Eau P.P.I.

Le flacon ouvert doit être utilisé immédiatement et ne doit en aucun cas être gardé pour un usage ultérieur.



Conserver à une température ne dépassant pas 30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Peut être conservé 1 mois à 37°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Titulaire de l'AMM:

GE Healthcare AS

Nycoveien 1-2,

Nydalen Oslo Norvège

Fabricant:GE Healthcare Ireland

Carraigtohill, Co. Cork, Irlande

1189837 FsAc