

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LA 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.

M23-006303

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2545

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMAD

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MARSH F CASA

Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : 1167,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/05/2023

Nom et prénom du malade : JALIL MOHAMAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ADK Rechin

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

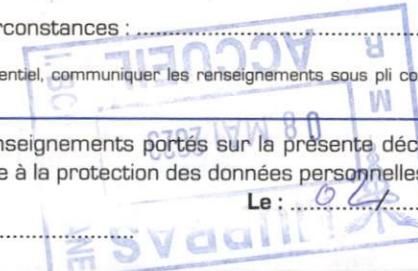
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 02/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° A-A-215 / 2019



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
21.05.2023	6	6	6	Dr. S. T. Specialement en reçus Central Kinay 09/05/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ABOU ZAID S.A.R.L N°DA 2809105123 Rue 36 Massira 2 Bousmazel Casablanca 10522 Tél. 0522 71.30.79 Fax 0522 71.30.79 E-mail : abouzaid@maouad.com Site : www.abouzaid.ma Pharmacie de l'Industrie Distributeur en Pharmacie	20/05/23	872,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - مجلل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

الدكتور سعيد تاشفين
CASABLANCA, LE 22/02/2023

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur Said TACHFINE

اخصاني في العلاج بالمواد الكيماوية

ONCOLOGUE MEDICAL

Ngalil Mohamed

1) Eme 1 195.8
14/02/2023

EMEND® 125 mg + 80 mg
Boîte de 1 gélule de 125 mg
et deux gélules de 80 mg
P.P.V: 872,00 DH
AMM 79/19DMP/21/NRS
Distribué par MSD Maroc

6 118001 160754

PHARMACIE ABOU ZAID
S.A.R.L
Rue 36 N°04, Massira 2 Bousnazel
Casablanca 20580, Maroc
Tél: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 79



EMEND® 125 mg
gélule
Aprépitant

EMEND® 80 mg
gélules
Aprépitant

Kit de traitement de 3 jours contenant :
1 x 1 gélule de 125 mg et
2 x 1 gélule de 80 mg

Veuillez lire la notice
jointe avant utilisation.

Se reporter à la notice jointe pour des informations supplémentaires concernant la prise d'EMEND.

QUAND et **COMMENT** prendre EMEND

EMEND® 125 mg
gélule

Aprépitant

EMEND® 80 mg
gélules

Aprépitant

Votre médecin vous a prescrit EMEND, un antiémétique, pour contribuer à prévenir les nausées et les vomissements associés à votre chimiothérapie.

COMMENT :

EMEND doit être pris seulement une fois par jour, durant 3 jours consécutifs. Les gélules d'EMEND peuvent être prises pendant ou en dehors des repas.

Ne pas sortir toutes les gélules en une fois.