

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

- 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.

M23-002497

160125

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1776**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zouggari Radia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 61 20 03 84**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

5 / Février 2023

Nom et prénom du malade :

Zouggari Radia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Indylasie générale

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 :

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
07/01/2023	C	2	10000	 Dr. HACHINI Khadija Professeur de Néphrologie - Hémodialyse Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansaray Tél: 05 22 23 38 35 / 05 22 23 39 49 Fax: 05 22 23 38 35 / 05 22 23 39 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/5/23	400,80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الجلية الإصطناعية أبو سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتصفية الإصطناعية
أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

7/7/2023

Casablanca, le

2270 ar Zauffari Radha

6330 Pneumonie 111 jour

99.00 Sels 14x100

14.00 x3 Polysome 1000 14x2

2760 Pawa Enf 14x100

44.90 Soltane 14x1 jour

74.60 Lin alfa 2,25

400,90

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier. Casablanca

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92 - Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

Docteur HACHIM Khadija
Professeur de Néphrologie - Hemodialyse
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard
Tél. 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92
Fax 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 93

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

EXP 09/2024

PPV 99.00DH

Pegavine 1% Crème

Tube de 30g

6 118000 090571

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables

6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables

6 118000 040972

Voltarène

50 g Emulgel Topique 1 %

6 118000 220218

I.P.V. 44.90 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

باراسيتامول

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables

6 118000 040972

6 118001 200757

↓
14,00

→ 31,60

→ 14,00

→ 14,00

→ 63,30

92,20