

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.

M23-003865

Optique

160948

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543

Société : (Retraite Rans)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAOUDI Bouchair

Date de naissance : 12-05-1960

Adresse : 210 Bot Aljoclane Elmia Casab

Tél. 06 943 700 77 Total des frais engagés : 150 + 1837 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/05/2023

Nom et prénom du malade : KHAOUDI Bouchair

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diseases p affiliees + Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : + Diabète

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 : 15-05-23

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Bouchair

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/05/23			1500	DR M. DEGENNE Feline 0522811572 et 05217103664

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAULIA CASABLANCA Béni FILALI GUENNOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Joutane Sousc. 2 Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE : 002115854000092 I.N.P.E : 092004506	13/05/23	1837,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

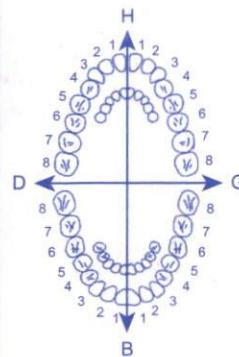
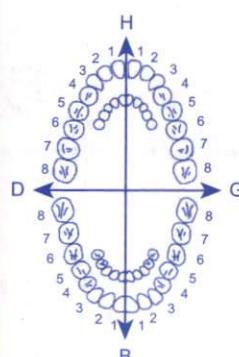
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ZOURGANNE Fatima

MÉDECINE GÉNÉRALE
Certificat de Planification Familiale
(DUU)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji
Hay El Farah - 1er Etage
Tél : 05 22 81 15 02
Casablanca

$$\begin{array}{r} 243,00 \\ \times 4 \\ \hline 972,00 \end{array}$$

571,00

120.4°

36140

2/1 Monehag 10 AS

104 104
39 Clam Limp (816)

1 Sackt mit
44 Kopred 20
2 Pfeffner T. H.
allalpfer

الدكتور زكريا فالمصمة
الطب العام
شهادة في تنظيم الأسرة
(تركيب اللولب)
الطبيبة الرئيسية سابقاً للمركز
الصحي ابن طفيل
طبية معتمدة لتسليم رخصة السيادة
345، شارع عبد الله الصنهاجي
حي الفرح - الطابق الأول
الهاتف: 05 22 81 15 02
الدار البيضاء

73180
② 100 20 (B14)

4.5

reçu

64100

64 Céausse p

1.5

localt 261

183760

PHARMACIE KADILA-CASABLANCA
Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam
225 Boulevard Al Joutane
Salimia, 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 38 01 47
ICE : 002115854000092
I.N.P.E : 092004506



Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

PPV : 120,40 DH
LOT : 645755
PER : 05/22

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



8-9560-73-270-1
Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



8-9560-73-270-1
Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



LOT :

PER :

PPV :

64100

PPV 7301
06/2020
EXP 14052023
LOT 565

LOT : 4114
PER : 12-25
P.P.V : 36 DH 40

8-9560-73-270-1

8-9560-73-270-1