

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamal El Arab Lahcen

Date de naissance :

1953

Adresse :

56 Rue Al Harratine Bourguiba

Htel Ezzahra

Tél. : 05 22 98 80 55 Total des frais engagés : 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 :

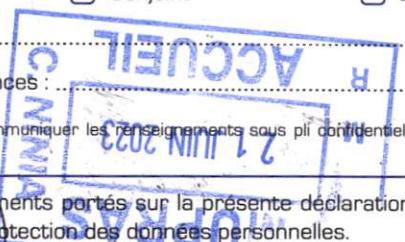
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



Le : / /

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
 H. ALAMI - Pharmacien 63, Bd. Ghandi Casablanca Tel : 05 22 36 21 32	19/6/23	351,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

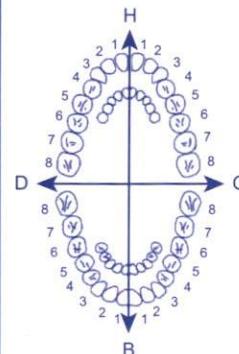
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

صيدلية غاندي

PHARMACIE GHANDI

GH. ALAMI

Pharmacien

Diplômé de la Faculté
de Toulouse

63, BOULEVARD GHANDI

CASA -Tél : 022.36.21.32

FACTURE

Casa, Le 19.16.20.23

m jamal EL Anab Lahsen Date

2	Buproterox 3/11,25	M,10	222,20	
2	citalopram 2.5	50,70	101,40	
1	Cardio Aspirin	27,70	27,70	
	tat. cl		351,30	DHS

PHARMACIE GHANDI
G. H. ALAMI Pharmacien
63, Boulevard Ghandi Casablanca
Tél : 022.36.21.32

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Jamal EL Arab Lahsen*

Matricule : *4651*

N° CIN : *B 379 105*

Adresse : *56 Bd Abderrahim Bouabid Hayesscha*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : *0912 45621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jamel EL Arab Lahsen*

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

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

*cardiopathie ischémique et
hypertension*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Bupréthiaz , candentiel , TAHOR ,
cardioaspirine*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casablanca* le *08/02/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



PHARMACIE GHANDI
G. H. ALAMI - Pharmacien
63, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. : 05 22 36 21 32

*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

PHARMACIE GHANDI
63.BD GHANDI
CASABLANCA

Patente : 35806435

Tél : 05.22.36.21.32

Ticket N°335 065 DU 19/06/2023 à 12:13:01

Fo	Produit	Qte	Prix	Total	T
CO	BIPRETERAX 5/1.2	1	111,10	111,10	0
CO	BIPRETERAX 5/1.2	1	111,10	111,10	0
CO	CARDENSIEL 2.5/	1	50,70	50,70	0
CO	CARDENSIEL 2.5/	1	50,70	50,70	0
CO	CARDIO ASPIRINE 1	1	27,70	27,70	0
5	Total	5		351,30	

Mt. remise 0,00

Mt. payé 351,30

Reste à payé 0,00