

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 7697 Société : RAM RETRAITE

Actif Pensionné(e) Autre : ABDALLAH EL RHASSOUL

Nom & Prénom : ABDALLAH EL RHASSOUL Date de naissance : 09/03/61

Adresse : Hadj FATH S N° 79 OULDA CASA

Tél. : 0670716263 Total des frais engagés : 1693,00 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 :

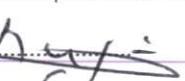
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 10/08/23

Signature de l'adhérent(e) : 



Déclaration de Maladie

M22- 0051615

MAISIB

Optique

Autres

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
	10 AOUT 2023	1693,40 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

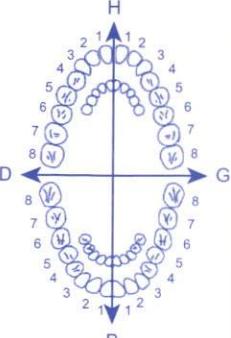
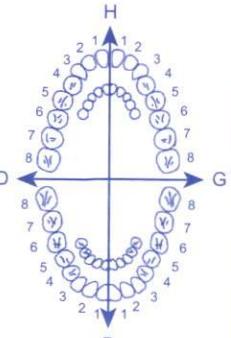
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS	
FIN D'EXECUTION				DATE DU DEVIS	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DATE DE L'EXECUTION	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE HAJ FATEH

صيدلية الحاج فاتح

Docteur Meryem Tahri Joutei

Pharmacien Diplomé de la Faculté de Paris

Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa
Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 89 79 26
E-mail : pharmaciehajfateh@hotmail.fr
R.C : 277034 - Patente : 36209470

ICE: 000489360000038

10 Aout 2023

Casablanca le FACTURE N° 1235 / 10-08-2023

A l'Attention de Mme NORA HOUMI Ep. EL RHTASSOULI

د. مريم الطاهري الجوطى
صيدلية مجاز من كلية باريس
تجزئة الحاج فاتح رقم 520
لبيساطة - البيضاء
ص.ت : 277034 - البتانة : 36209470

09202 9990

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
Rizodex SOLOSTAR DÉTENSIEL	01	1182,00 MAD	1182,00 MAD
DÉTENSIEL® 10 mg 30 comprimés pelliculés sécables	01	439,00 MAD	439,00 MAD
7861/0236	01	72,00 MAD	72,00 MAD
6 118001 101788			
PPV : 72,00 DH			
Distribué par Cooper Pharma			
sanofi-aventis Maroc			
Route de Rabat - R.P.1- Ain Sébaâ 20250 - Casablanca			
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5			
PP.V. : 439DH00			
6 118001 0 81639			
MONTANT TOTAL TTC			1693,00 DH



10 Aout 2023