

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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'exception de celles qui ont un caractère personnel.

N° W21-692806

A 7526

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12750		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ELWATTAN Amine
Nom & Prénom : ELWATTAN Amine		Date de naissance : 04/08/1986 à Sidi Bennour	
Adresse : 08 Rue Rayana, lot AL Madania, Hay EL Houda, Berrechid		Tél. : 0662 77 9840 Total des frais engagés : 444,10 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	 Dr. EL ROJAI Bénéficiaire de l'accord préalable Lot Al Amal Berrechid INPE 061011417		
Date de consultation :	07/08/2023		
Nom et prénom du malade :	ISSAAD HTBA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age: 40
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 :	Casablanca		
Signature de l'adhérent(e) :			
ACCÈS			

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 : Casablanca Le : 11/08/2023
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
07/02/2023			C. B.	INP : 11111111 Dr MOHAMMED EL HAJJAM Spécialiste-Gynécologue-obstétrique 748, Lot Al Amal, Berrechid INPE 061011417

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL IZDIHAR 492 Avenue AL IZDIHAR Berrechid Tél:05 22 32 54 61 INPE:062084447	07/08/2023	Pharmacie AL IZDIHAR 14 Avenue AL IZDIHAR Berrechid Tel:05 22 32 54 61 INPE:062084447

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

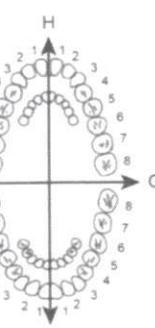
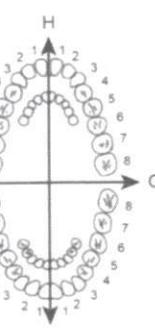
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELLEVE 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	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed El hejjam

الدكتور محمد الحجام

**Spécialiste gynécologue
accoucheur**

اختصاصي امراض النساء والتوليد

Maladie du sein , infertilité du couple

أمراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند اوجين

Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الفحص بالصدى ، منضار الرحم و عن الرحم



PRENOM : HIBA

Date : 07/08/2023

NOM ISSAAI

Age :

(15)

/31,60

Spectrum 500 mg

1 cp / J ptt 15j

(15)

44,30

2) Revagine 150 mg oule

1 oule / J ptt 3j

(15)

20,80 x 3

3) Glucophage 500 mg

1 cp x 2 / J ptt 2 mois

(15)

Pharmacie AL IZDHIR
149 Quartier Al IZDHIR
Tét:05 22 32 54 61
INPE:062084447

Prolifen 50 mg

3 cp / Jr de J3 à JF

ptt 2 mois

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste-Gynécologie-obstétrique
Q46, Lot Al Ama, Berrechid
INPE 061011417

149 Quartier Al IZDHIR
Tét:05 22 32 54 61
INPE:062084447
Pharmacie AL IZDHIR
Berrechid

46 lot Al Ama

06 64 52 84 40

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

20,80

20,80

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

20,80

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

44,30

Evgaine® 150 mg
Boîte de 3 ovules



A16971

PROLIFEN® 50 mg
clomiphène citrate
10 gélules



6 118000 240662

68,60



PROLIFEN® 50 mg
clomiphène citrate
10 gélules



6 118000 240662

68,60



PROLIFEN® 50 mg
clomiphène citrate
10 gélules



6 118000 240662

68,60

