

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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 148A

Société : SA

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Montasser

Montasser

Date de naissance : 1950

Adresse : CSM OGGI 1324 30

Tél. : 0522 22 78 18

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/08/2023

Nom et prénom du malade : Affection Neuropathique

Lien de parenté : R

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Neuropathique

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 : 18 AOUT 2023

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
06/06/23	C2		5	<i>Docteur Raja RAJABJI Neurologue - Explorations Neurophysiologiques</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida Tin Chack-Casp-022-50.75.19	06/06/23	674,80

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
DETERRMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	H.	G.	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D 00000000	G 00000000		
	B 35533411			
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		

GA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rajaa RABHI

- Neurologue
- Spécialiste des Maladies du Système Nerveux Central et Périphérique
- Explorations neurophysiologiques
- E.E.G - E.M.G.



الدكتورة رجاء رابحي

- أختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
- الفحص الكهربائي للدماغ
- الفحص الكهربائي للأعصاب والعضلات

Maphar
Bd Alklimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
Casablanca

6 118001 184989

06/06/2023

Maphar
Bd Alklimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989

MR MOUSTAOUI MOULOUD

S.V

- 2x 240,00*
- Seroplex 10mg
1 comprimé, matin, pendant 3 mois

AULOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
6 118000 010227

- 3x 41,80*
- Avlocardyl 40 mg
1/2 comprimé, matin, soir, pendant 3 mois
 - Zepam 6 mg
1/2 comprimé, soir, pendant 3 mois (en cas)

AULOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
6 118000 010227

PPV : 34DH70
PER : 05/26
LOT : M1609

MACIE ADDIAR
Rue 3 Addiar Aljadida
Casa - 022-50-75-19



Docteur Rajaa RABHI
Neurologue - Explorations
Neurophysiologiques

AULOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
6 118000 010227

AULOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
6 118000 010227

شارع يعقوب المنصور، الرقى 22 فضاء المنصور الطابق الثاني، الرقى 19 المعابر، الدار البيضاء، المغرب
الهاتف : 00 212 6 61 09 29 48 - المحمول : 00 212 5 22 25 50 40