

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-815591

172721



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6272

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959 à CASABLANCA

Adresse : Résidence LAGNOVIA 1 lot 101 KASSABDA 2

Tél. : 66 88 11 86 23

Total des frais engagés : 578,- Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUTIBA HASSAN

Age : 64

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 : CASABLANCA

Le : 29/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : B. H.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Reçus et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/10/2013	CS		67000	67000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>N°04. NASSIRI Z. Casablanca 2 0522 70 22 84 - Fax 0522 71 10 74</i>	24/08/2013	1.18,00 DH
		INPE 092001197

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'OROF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

24/08/2023

M.2 BOUTIBA HASSAN

La scan 15 ml



18,00 DH

Total 18,00 DH

Dr. S. A. HASSAN
Rue 36, N°04, Massira 2, Bournazel
Casablanca
Tel: 0522 70 22 84 - Fax: 0522 71 30 79

2, Rue d'Agadir Angle Hassan II
Casablanca
Tel: 0522 49 73 73
Centre d'Imagerie de la Wilaya

INPE
092001197

Boîte de 1 flacon de 15 mL.
A usage unique.

Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants. Lire la
notice avant utilisation.

Reporter le nom du produit,
le numéro du lot et la dose
administrée dans le dossier
du patient.

GE Healthcare



Clariscan™ 0,5 mmol/mL
acide gadotérique

Clariscan™
acide gadotérique
0,5
mmol/mL

Solution injectable

1 x 15 mL

15 mL contiennent 4189,8 mg
d'acide gadotérique (sous forme
de sel de méglumine), équivalent
à 7,5 mmol.

Excipients : Méglumine,
tetroxetan (DOTA), eau P.P.I.

**Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse**



7 037960 644169



Distribué par
CYCLOPHARMA lot 84,
Z.I. Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur

Liste I - Uniquement sur
ordonnance

Respecter les doses prescrites

N° AMM: 162/19/DMP/21/

EXP: 05 - 2024

Lot n°: 16054179

1199457 MAR

Titulaire/Exploitant:
GE Healthcare AS
Nycoveien 1
0485 Oslo, Norvège