

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-460138



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10594

Société : RAN

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAYLANI

ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 26 99 83

Total des frais engagés : 150 + 3 666,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mostafa FACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
381 Bd MARRAKESH EL HARTI C-D CASA
Tel 05 22 38 69 87

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 : Casa

Le : 01/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

EL HAYLANI

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
1/06/2023	Q	11	115700	INP : <input type="text"/> Dr MOSTAFA TACHFUNE MEDECIN DIABETOLOGUE ORISSE & MARTI C.G. GASA 12 38 09 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
2025188 520000095 	21/01/23	3066,12

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		ESOF 2000	

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.																				
	DENTS TRAITÉES Dents Traitées	NATURE DES SOINS Nature des Soins	COEFFICIENT Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXÉCUTION																
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	B		35533411 11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				D		00000000														
B		35533411 11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				



ORDONNANCE

Casablanca le : 21 Octo 2023 : الدار البيضاء في :

Mr. 3

Barcode: 9788535910009
INPE: 09205188
ICE: 00160752000095

Dr. Mazzoni TACHEFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
38 BLVDRS EL HARTI D-O CASA
Tél: 05 22 38 69 87

361. شارع ادريس الحارشى، قرية الجماعة - الدار البيضاء

361,Bd Driss Elharti, C.J - Casablanca - Tél.: 05 22 38 69 87

10855
JL. 111 (A) 2. 100
Pharmacia El Manal
Dr. Alvaro Pennanini
Bv. Gum Errabili, Quatre
: 05 22 93 28 29



PHARMACIE EL MANAL

320, BD OUM ERRABII, OULFA

Docteur en pharmacie

R.C :355074

Patente:35091196

T.V.A :092025188

C.N.S.S:7056931

Banque:190 780 212117567691 0011 34

Tél : 0522 93 28 29

Le 21/10/2023

FACTURE N°203442

N° ICE : 00160752000095

MR ELHAYLANI ABDERRAHIM

N° IF : 51463579

ICE N° :

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base

Montani

TVA 20% Base :

487,50 MONTANA

97.50

Arrêtez la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams.

Voie ORDONNANCE
Perdu

Glynorm® 2 mg
Boîte de 90 comprimés

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

18001 031092
5 MET® 50 mg/1000 mg
60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

118001 031092
US MET® 50 mg/1000 mg
60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Glynorm® 2 mg
Boîte de 90 comprimés

153,40

153,40

153,40

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

120,70
120,70
120,70

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

120,70
120,70
120,70

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

120,70
120,70
120,70

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

ZOLAM®
10 mg
24 gélules
6 118000 240969

120,70
120,70
120,70