

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

- 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-656302

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>111109</u>		Société : <u>RAN</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>JABBAR YOUNES</u>
Nom & Prénom : <u>JABBAR YOUNES</u>		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. <u>0661571178</u>		Total des frais engagés : <u>463,00</u> Dhs	

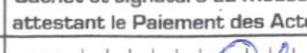
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>09/12/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>JABBAR Nagib</u> Age : <u>6ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Crise d'asthme</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>15 DEC. 2023</u>			
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.

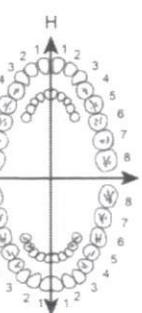
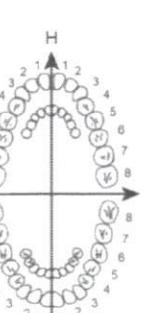
Fait à : CASA Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 15/12/23



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
09/12/2023			€ 6.	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Bureau de pharmacie	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZOLA Mme BENAZZOUJ HASSAM N°51 Rue 4 Casablanca Hay Hassani - Casablanca Tél : 0522 93 36 89	09/12/23	463,25 Dh

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	INP : <input type="text"/>														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Casablanca, le

09/12/2023

الدار البيضاء، م

L'efek JABBAR Najib.

45.30 x 4

1/ Ventolin Spray



2 spray x 4/j
(4 Builes)

38.5

2/ Erolis 5g



149/j suiv

99.00

3/ Ods 20g 1/4 fl emulsion.



115.00

4/ Avamys



1/ polv x 4/j

30.00

463.70

5/ Rospan Siro

Rosa 1 Angle Allée de l'Aude et Rue Chant d'Oiseaux (à côté de MacDonald's - Hermitage)

Tél : 05 22 28 64 64 - 05 22 28 65 65 - E-mail : a-h@hotmail.fr - Site Web : www.cdh.ma

I.F : 40262570 - CNSS : 8640911 - Patente : 37987981 - ICE : 001766063000044

PHARMACIE MAZOLA
Mme BAAZZOUZ IESSAM
N°51 Rue 4 Mazola
Hay Hassani Casablanca
Tél : 0522 93 36 89

TRIZKI Anwar
Institut de Reanimation
Le Parc Hermitage
0522 93 36 89

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Region de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00 DH

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



1180001300052

Lot
EXP
PPV

X3 Ged
L 98 Y
11 2024
45,30 DH

PPV
LOT
PER

38,00

ID:651887
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Region de Rabat
PPV:115,00 DH
6 118001-142262

Liste 1 - L'initiallement sur ordonnance

RESPECIFIER LES DOSES PRESCRITES

--

Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation
Suspension pour pulvérisation nasale
Formate de fluticasone