

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0023542

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0920 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : HAMDAOUI Abdelhafid 1950
 Nom & Prénom : HAMDAOUI Abdelhafid
 Date de naissance : 1950
 Adresse : 12, Rue Oued EL MAHEH EL OULEFA
 CASABLANCA
 Tél. : 0673 96 44 54 Total des frais engagés : 805,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/2024

Nom et prénom du malade : HAMDAOUI Abdelhafid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : I.P.C.

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.

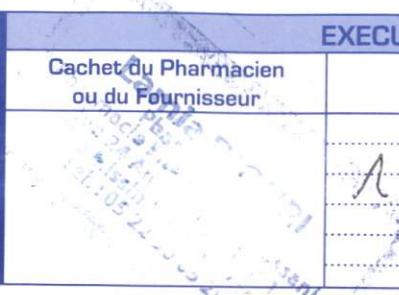
Fait à : CPS ABLANCA Le : 15/01/2024

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
15/1/24	C	2	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/1/24	605,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

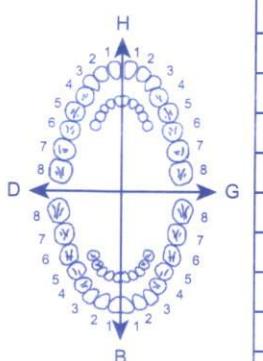
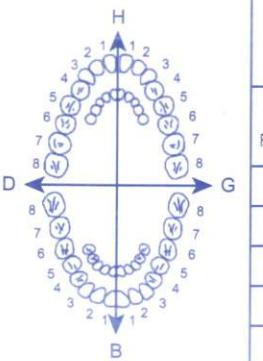
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	G		21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B		00000000
		35533411			11433553
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

مركز الكلية الاصطناعية مرس السلطان
CENTRE D'HEMODIALYSE MERS-SULTAN

Dr.LEMSEFFER Youssef

Spécialiste des maladies des reins-rein Artificiel
Diplômé de la faculté de médecine de marseille

الدكتور المسفر يوسف

اختصاصي في أمراض الكلية
خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca le : ١٥/٠١/٢٠٢٤ الدار البيضاء في :

A. HANDAOUI Abdellatif

٩٨٠٠^{X3}

Covergyl 5mg



up ١

١٠٩٧٠^{X3}

Entiflo 0,14



Lamia DIOURI
Pharmacie
24, Avenue Mers Sultan
Casablanca
Tél: 05 22 90 05 29

Lamia DIOURI
Pharmacie
24, Avenue Mers Sultan
Casablanca
Tél: 05 22 90 05 29

Treatment de 3m

6 ٠٥١٥

Dr. LEMSEFFER
CENTRE D'HEMODIALYSE MERS-SULTAN
125, Avenue Mers Sultan 20 000 Casablanca - Tél.: 05 22 26 95 24 / 05 22 26 96 34 - Fax : 05 22 26 46 34
E-mail : ylemseffer@hotmail.fr - I.C.E.: 000230943000087

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

92,00