

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>1901</u>	Société : <u>R.A.M</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>JABRAINE Hassoun</u>	
Date de naissance : <u>1955</u>	
Adresse : <u>AL YASSINE GR 5 immeuble 74</u>	
Appart n° 7 E Paul fca	
Tél. : <u>0663291829</u>	Total des frais engagés : <u>3416,80</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 29 JAN. 2021

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 : 27/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : H

XXXXXXXXXX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MASJID El HABIBI sur en Pharmacie CHAFI 2030 61	27/1/24	3216,80

ANALYSES - RADIographies

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie EL MASJID EL HABIB - Casablanca



El habib ESSABHI

0522900567

Echaraf 2 gh8 n 8 eloulfa casablanca,

Facture N° FAC-97258

Date : 27/01/2024

SAIDA CHAABI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
UPERIO CO 50MG B28 COMP PELLI	7	405,00	2 835,00
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	3	50,70	152,10
KARDEGIC ST 75MG B30 SACHETS	3	30,70	92,10
TAHOR CO 10MG B28 COMP MV MM	3	79,00	237,00
ZUCAM ST B10 SACHETS	2	20,00	40,00
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	3	13,40	40,20
LEVOTHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	3	6,80	20,40

Total Organisme	0 DHS
Total Client	3 416,80 DHS
Total	3 416,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille quatre cent seize
DHS et quatre-vingts centimes

PHARMACIE EL MASJID EL HABIB
ESSABHI EL HABIB
Distributeur en Pharmacie
Riad T. Y Hassan CHAABI 2
CASA - OULFA
Tel : 05 22 90 05 67

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

EXP : 05 26 P.P.V
LOT N° : HC 5 6 9 7 79,00

EXP : 05 26 P.P.V
LOT N° : HC 5 6 9 7 79,00

EXP : 05 26 P.P.V
LOT N° : HC 5 6 9 7 79,00

LOT N° :
UT. AV : 20,00
P.P.V. (DH) :

LOT N° :
UT. AV : 20,00
P.P.V. (DH) :

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335