

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5572 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ACHMAOUI ABDELMAOUD

Date de naissance : 01-06-1958 à CASABLANCA

Adresse : Hôpital

Tél. : 06 99 77 8914 Total des frais engagés : 1152,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 530
Mobile : 091137646

Date de consultation : 25 Janv 2024

Nom et prénom du malade : Achmaoui Abdellahi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

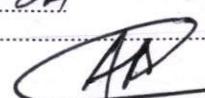
Nature de la maladie : Gd dyspnée

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 : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 25/01/2024

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25 Janv 2024 | Cons puy | | 400/- | DR YAL M. Hachem Psychiatre Clinique Villa des Lilas Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513 Fax : 0522 051 530 INPE : 091137646 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE AQUIRIR FOUDALI hadja 52, Rue Lagrange Oasis INPE 092010867 | 25.1.24 | 752,40 |

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 |
|--------------------------------|----------------|------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <img alt="Diagram of upper and | | | |

Casablanca, le **25 janvier 2024**

Mr. ACHMAOUI ABDELHADI

2 x 13 2.30

EXIDEP 10 MG COMPRIMES ENROBES

1 cp le matin

6x 81.30

ATHYMIL 30 MG

1 cp le soir

Dr TYAL M. Hachem
Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 514
INPE : 0913/64676

PHARMACIE AOURIR
FOUDAL Khadija (2)
52, Rue Laghriba - Oasis
0522 99 31 23 - Casablanca

PHARMACIE AOURIR

52,
0522
LOT : 0033
EXP : AOU 2027
PPV : 81,30 DH

LOT : 0033
EXP : AOU 2027
PPV : 81,30 DH

Traitement pendant 4 mois

T - 752.40
Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 514
INPE : 0913/64676

LOT : 0033
EXP : AOU 2027
PPV : 81,30 DH

LOT : 0033
EXP : AOU 2027
PPV : 81,30 DH

LOT : 0033
EXP : AOU 2027
PPV : 81,30 DH

LOT : 0033
EXP : AOU 2027
PPV : 81,30 DH

RDV le 23-05-2024 à 15h

(EC 2 1-1-0
Desress) 0081

EXP :
Lot N°
PPV

132,30

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 23006
PER 05/25
PPV 1320H30