

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

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

W21-844167

197479

MLD

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183

Actif

Pensionné(e)

Société :

HA BACHI hoummel

Autre :

Nom & Prénom : HA BACHI

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, rue Brahim Nafha, Maârif extraction

Casablanca

Tél. : 06 61 13 36 79

Total des frais engagés : 697,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../..... M. L. D

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



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 : Casablanca Le : 29/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : X?

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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26 - 01 - 24	697,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **HABACHI Mohammed**
 Matricule : **1183** N° CIN : **B 53521**
 Adresse : **100, Rue treizième Nekhla, Maârif expansion, Casablanca**
 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr LARBI** Spécialité : **Cardiologue**
 N° ICE : **091166983**
 Certifie que Mlle, Mme, M. :
 Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie
Dr LARBI **ACCUEIL**
Dr LARBI **CONSULTATION** **1995** **Praticé depuis**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

voir dernière ordonnance.

Dont ci-joint ordonnance :

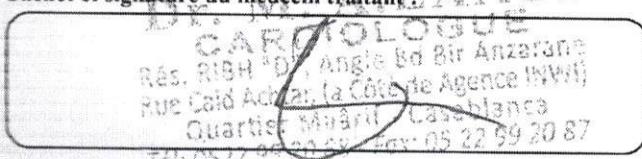
Traitements prescrits :

*Coupageau 300/25 / i
 Nebilet 5 / i - 5 / i / i
 Amixan 5 / i / i
 Cardiogardine 100 / i*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **13/11/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

'pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20240229-870

Date de vente : 26/01/2024
Médecin traitant :

MR HABACHI MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COVEPRAN CO 300MG/25MG B28 COMP	2	153,60	Exonéré (0.00%)	307,20
NATRIXAM CO 1.5MG/5MG B30 COMP	2	79,90	Exonéré (0.00%)	159,80
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	2	27,70	Exonéré (0.00%)	55,40
NEBILET CO 5MG B28 COMP	2	87,50	Exonéré (0.00%)	175,00

140977/0

* VIGNETTE
NEBILET® 5m
28 comprimés
PPV 87DH50

/140977/01

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

153,60

153,6

Total HT

697.40 DHS

TVA

0 DHS

Total

697.40 DHS

présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix-sept
DHS et quarante centimes

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 D
Bayer S.A.

6 118001 090280

14011124

118001 130184

خبرات سر قیده - فرسا

140 / 124

N
3
P

MATRIXAM 1,5 mg / 5 mg O
0 comprimés à Libération Modifiée
PV : 79,90 DH

47092 ICE : 001688166000012
RIB : 011.780.0000.45.210.00.05069.94
abass el azfi. Maarif. , Casablanca