

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0878

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Spouse

Nom & Prénom : Argine Abdeslam

Date de naissance : 01-07-1942

Adresse : HAY ALLAL BEN ABDELLAH RUE 269 N° 19

CASABLANCA

Tél. :

Total des frais engagés : 1749,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DAHLI TATIMA

Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 :

Le :

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
02/2021	asym		250,00 DH	<i>Dr. Aminatou Mouloud</i>
				<i>Dr. Aminatou Mouloud</i>
				<i>Dr. Aminatou Mouloud</i>
				<i>Dr. Aminatou Mouloud</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE 082047539 Tel 02 23 99 99 PHARMACIE D'AM EL BANINE 145 Rue Sraghnas Casablanca	20/02/24	1499,50

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
		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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Anass INCHAOUH

CARDIOLOGUE

- Diplômé en échocardiographie de l'Université Bordeaux-Segalen
- Diplômé en cardiologie pédiatrique et congénitale de l'Université Paris - Descartes
- Diplômé en ultrasonographie vasculaire de l'Université Paris - Sorbonne
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'hôpital Pitié-Salpêtrière
- Ancien médecin assistant des hôpitaux de Liège - Belgique



الدكتور أنس إنشاؤه

اختصاصي أمراض القلب والشرايين

دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا

دبلوم أمراض القلب للأطفال و الرضع من جامعة ديكارت بباريس - فرنسا

دبلوم للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون بباريس - فرنسا

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

المستشفى الجامعي سالترير بباريس - فرنسا

دولاستان® 500mg/2mg

علبة من 20 قرصاً

37,00

649,00

وصفة طبية ORDONNANCE

Casablanca, le : تاريخ

20/02/2024

Mme dahri fatima

370,00 + 649,00

rexaban 20

1cp/j pendant 3 mois

56,80 x 3

ALDACTONE 50 MG COMPRIMÉ

1/2cp/j à midi pendant 3 mois

26,90 x 6

VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DE 30

1cpx2/j pendant 3 mois

37,00

DULASTAN 500MG/2MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOÎTE DE 20

1cpx2/j pendant 1 semaines

70,90

PROFENID 100 MG

1cp/j pendant 1 semaines

40,80

spasmomen

1cp/j le soir pendant 2 semaines

= 1499,50

319, 1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casablanca
Tél. : 05 22 71 97 82 | Email : a.inchaouh@gmail.com



PPV 26,90 DH
LOT L1361 PER

*VIGNETTE

SPASMODEN® 40mg

30 comprimés

PPV 40,80 DH

V13691901