

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 : | 19.01 | Société : | R.A.M |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | JABRANNE Hassen | |
| Date de naissance : | | 01/01/1955 | |
| Adresse : | | Lettissement ABNIR n°2 Appart n°8 3 ^e étage casablanca | |
| Tél. : | | 0663291879 | Total des frais engagés : Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2024

Nom et prénom du malade : Hassan JABRANNE Age: 1955

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diarrhée + palpitations

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 11/03/2024

ACCUEIL

KH. H.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/03/2024 | cx | | 150,00 | |
| | + TELG - | | + 50,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| CHAPMAN PHARMACEUTICALS INC. 109248 May Hassan OUEFIA 05 22 90 | 11/03/24 | 1465,00 |

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 de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DOCTEUR Salwa CHAOUNI

Médecine Générale

Echographie. ECG

HTA et Diabète

Suivi de Grossesse



الدكتورة سلوى الشاونى

الطب العام

الفحص بالصدى تخطيط القلب

الضغط الدموي و السكري

تتبع الحمل

PHARMACIE EL MASJID EL HABIB
El Habib El Masjid
Docteur en Pharmacie
Ad Hayat Al-Soufia
CASA - OULFA
tel: 05 22 90 05 67

Ordonnance

Fait à Casablanca / Le : 11/03/2024

JABRANNE Hassan

PENTASA 1G
15 SUPPOSITOIRES
PPV : 337,00 DH
ADSP N° 80/98DMP/21
LABORATOIRES SOTHEMA

PENTASA 1G
15 SUPPOSITOIRES
PPV : 315,00 DH
ADSP N° 80/98DMP/21
LABORATOIRES SOTHEMA

11 Pentasa supp 337,00 1 supp 1 j pdt 03 mois
315,00 1 sachet 1 j
21 Bedelix sachets 57DH70 1 sachet 231 j

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V : 57DH70 P.P.V : 57DH70

37 Deder 20 mg
140,00 x 3
LOT : 230644
PER : 09-2025
PPV : 140,00 DH 1 gel 1 j le matin
à jeun
41 Zovirax 4500
41 Zovirax 1 app x 2 j

LOT : 220837
PER : 11-2024
PPV : 140,00 DH

LOT : 211542
PER : 05-2024
PPV : 140,00 DH

GloboSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
S 118001 141548

Lotissement Al Yassamine, Imm. 79 1^{er} Etage App. 4 - Casablanca

(Au-dessus de la Pharmacie BALSAM ALYASSAMINE)

تجزئة الياسمين عصارة 79 - الطريق الأول - الشقة 4 - الدار البيضاء

(فوق صيدلية يرسم الياسمين)

51 ~~2uc~~ 2000 x 4 (5) ~~2~~ rachet x21;

61 7EGSAL 7.5. 
2950  gelij -

71 Nasonex spray nasal
123.10
2 pulv 1j.

Sidi Bernoussi, Casablanca
Nasonex 50µg Susp Nas
FL 120 doses
P.P.V : 123,10 DH
6 118001 185917

✓ 746560

A blue ink stamp with a large oval border containing the text '1881' and '1882'.

