

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

201515

Maladie

Dentaire

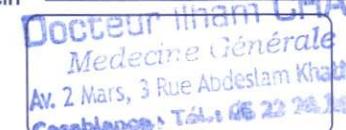
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4313	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAABI Abdellmajid			
Date de naissance : 03 - 04 - 1956			
Adresse : 6 RUE ABDELMAR EL HARIK			
Residence WALIDI 12 Casa			
Tél. :	05 22 20 72 75	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	05/04/2015	Nom et prénom du malade :	BENAISSI Najat
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète HTA - rhinopharyngite		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 08/04/2015

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
05-04-2024	AC	1	8000 dt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/4/24	899,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

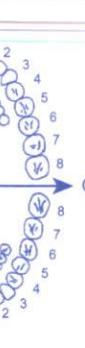
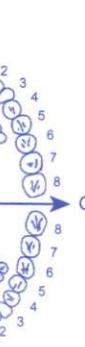
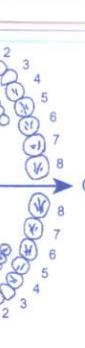
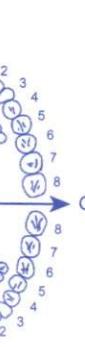
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

H -> BEN Aïme Naji al
Casablanca, le 05/09/2024

18,00 x 9 - Diaphragma 4850 - 900
151,63 x 3 - Sural 80 - 1500
1cp - Ilema 1500
96,00 - Fluide modifical 1500 - 1500
21,00 - Febre 75 - 1500
27,72 x 35 - Cor 400 - 1500
82,00 - Infection 80 - 900
1cp - 3, Rue Abdesslam El Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca
الهاتف : 06 61 46 84 49 / المستعجلات : 06 22 28 34 52
زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدارالبيضاء

PHARMACIE DU JASMIN
Mme LAMARINI Rajaa
61, Avenue 2 Mars Casablanca
Tél : 05 22 81 11 62

Docteur Ilham CHAH
Medecine Generale
N° 2 Mars 1 Rue Abdesslam El
Khatabi

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PER: 11/26
LOT: M4129

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PER: 08/26
LOT: M2726

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2731

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

SYNTHEMEDIC
22 rue soukheb brou al aouan roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640160MP/24NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

PPV: 96,90 DH
LOT: 653234
PER: 06/25

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

LOT: 5548
UT.AV: 07-26
PPV: 21DH00
PHARMED
FEBREX

6 118000 310624

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

AMOXIL 1g
24 comprimés dispersibles

6 118000 160045

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

6 118001 090280