

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

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

N° W21-815255

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 18169	Société : RAM	903YAB	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Faggane El mehdi			
Date de naissance : 21/09/1991			
Adresse : Ress diar salau, Imm 501, App 7, Casa			
Tél. : 0661 31 83 29	Total des frais engagés :	538,10	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **24 Avril 2024**

Nom et prénom du malade : **Faggane El mehdi**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Nature de la maladie : **aff de ore**

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 : **Casa**

Le : **26/04/2024**

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
14 Avril 2024	C		2000	<p>INPE: 091224717</p> <p>Dr. Rachid SAIR MEDECIN</p> <p>73, Av Colonel Aliou Sall 1er étage en dessus de la gare de Sennar - Dakar</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
macie AHALI JADDOU IDRISI Amal Ottoman, Rue 6.24.4.24 A - Casablanca 2019 28	24.4.24	338,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

بیدیزونید

میکروغرام 100

معلق للإمساك
عن طريق الأنف



جرعة 200.

الاستعمال

Lot N°:
FAB:
EXP:
PPV: 149DH00

666045A
10/2023
10/2025



PPV: 18DH70
PER: 12/26
LOT: M4400



DR . RACHID SAI
MEDECIN

Leflox PHARMA 5®

lévofoxacine

500 mg

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université Montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada
- Echographie -ECG

LOT : 7601
PER : 09 - 26
P.P.V : 130DH40

■ 10 comprimés pelliculés

casablanca le : **24 Avri 2024** :اء في :

casablanca al bahr

130,40

⇒ Leflox 500



40,00

⇒ Leflox 250



18,70

⇒ Leflox 250



149,00

⇒ Leflox 250



T = 338,10

⇒ Leflox 250

Pharmacie AHLA
Dr BENABDOU IDRISI Amal

Bouskoura 30
Sidi Othman II, Casablanca

N° 2 - 4
Tél. : 05 22 29 19 26

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

40,00

ابيع تصانع الطبيب أو الصيدلي

Dr. Rachid SAIDI
MEDECIN
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage
(en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42 - شارع العقيد العلام - الطبيق الأول (فوق بنك BMCE) - بورنازيل - البيضاء - الهاتف : 73
73, AV Colonel Akid Allam 1 étage (En dessus BMCE) - Bournazel - Casablanca - Tél : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42