

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-416048

C.A

M° = 17342



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12722

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : DARMAL YOUNESS

Date de naissance : 01-03-1990

Adresse : lot cr PATH 2 NR 22 Sidi MAAROUF AST

Tél. : 0618832140

Total des frais engagés : 251.10 Dhs

251.10

Cadre réservé au Médecin

Dr. EDDI ZAKIA
MEDECIN
Délégation Médicale Hay Hassani

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2019

Nom et prénom du malade : DARMAL YOUNESS

Age:

Lien de parenté : Lui-même, Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection des VAS

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 : 02/12/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02/02/2018 | C | 6 statut | | INP : 0910396102 Dr. FEDDIA ZAKIA Médical - Dr. Hassam Mutuelle Hay Hassam Secteur Médical Hay Hassam |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| 02/02/2018 CIAZALANCA Dr. FEDDIA ZAKIA Mutuelle Hay Hassam | 02/02/2018 | 251,10 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

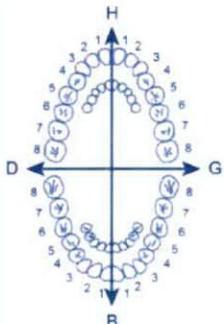
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

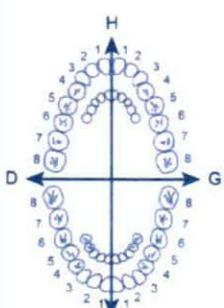
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

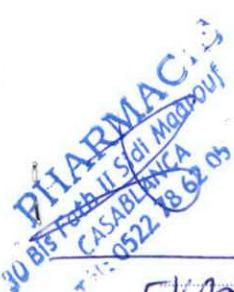
ORDONNANCE

Le : 02/12/2019

DRUGSTORE YOUNES

1/ Acigmentin 500mg/63,5mg q

24 x 3/5 m. sup pdt 085



1/ pulv de chlorure magique de muthi pdt 155

2/ Naloxone 500ug pulv

56,90

1/ Adult x 3/5 ap. sup

2/ Enzyme foie (S/L)

33,90

1/ Immitix pdt (S/L)

4/

33,90



1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

1/ 30,00

AUGMENTIN 500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى قفاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

مختبرات الصيدلانية فارما 5
الصيادلي فيلاي مسؤول

22,70

PPV: 138,30 DH
LOT: 612484
PER: 10/20



NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V: 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc

8K1LDM72002
06/2002

Lot
EXP