

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

 Maladie Dentaire Optique Autres

221190

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 3161

Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDELLAH

Date de naissance : 14.05.1955

Adresse : CITE Djemaa El Fna 13A N° 09 6177

Télé : 0621 72 75 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste
C. U. d'échographie Générale
Jamilia 5 Rue 62 N° 1 Elai Djemai
Casablanca
Tél. 022 59 75 70 = 065 35 69 88

Date de consultation : 01.02.2020

Nom et prénom du malade : MOUJTAHID ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + D.N.I.D

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'affirme 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 : 04.02.2020 CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 133

CASA

MUPRAS

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
01/02/2020	C	1	12000	Samira GURBACHAN Médecin d'École 35 rue de la République 75011 Paris Téléphone : 0653569992

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE SBA TAZI RAFIAA 259, Bd Soknia Al Hamra CASABLANCA	14.02.20	555,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

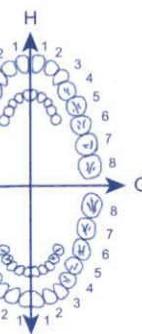
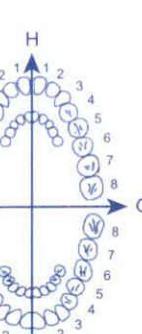
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient des travaux
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Samira GUASMIATE
Omnipraticienne
C.U.Echographie générale
ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 01/02/2020

ORDONNANCE N° 1885

Montahid

Abderrahim

- 7870 x 2¹⁾ Dianeken 60 mg. q.p.
- 2800 x 4²⁾ GlucoPhase 1 GP à J. 1 x 2 min.
- 5400 x 2³⁾ Ramiflurin 1 GP x 2 min. -
- 3070 4) Kardigic 1 GP à midi x 2 min.
- 11690 5) Acticarbtre 1 S. 15 à midi x 2 min.
- 6990 6) Floxapen 1 GP x 3] 1 gél x 3 p. gel.
- 524.90
- 3070
- 1885

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
PER.: 04/2021
P.P.V.: 30DH70



6 118000 061847

DAZI RAFIAA
6259, Bd Sakia Al Hamra
CASABLANCA
TÉL: 0522 37 15 15 - IF: 49628100
CNSS: 1579088-ICE: 001632349000079
TÉL: 092052562 - Pat: 37426120

Dr. Samira GUASMIATE
Medecin Generaliste
C. U. d'Echographie Générale
Jamila 5, Rue 62, N°3, Cité Djemaa
CASABLANCA
TÉL: 0522 39 75 70 = 0665356992

RESPECTER LES DOSES PRE

PPV: 69,90 DH
LOT: 579306
PER: 11/20

78,70

LOT 191498
EXP 10/2022
PPV 28.00DH

LOT 191498
EXP 10/2022
PPV 28.00DH

LOT 191913
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

28,00

78,70

L202 P0 : 1836
100361 : 10
KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 45,90 DH SOTHEMA
6118001 070015

54,00

54,00