

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10300	Société : 54,173		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : RIDAoui RACHIDA			
Date de naissance : 1971			
Adresse : Itabihelle			
Tél. : 0666274783 Total des frais engagés : 9 Dhs			
Cadre réservé au Médecin Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie et Nutrition Diabétologie et Nutrition Abdelhakim Center Angle Boulevard Noual et Abdelkoumen N° 313 - Casablanca - Tel. : 05 22 20 45 45			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/12/2020			
Nom et prénom du malade : RIDAoui RACHIDA Age : 49			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : hypothyroïdie			
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 : **05/01/2021**

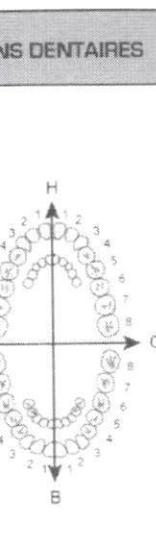
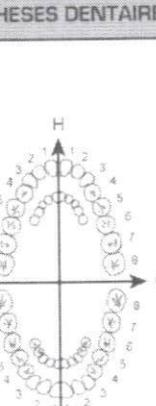
Le : **22/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, Av. des F.A.R - Casablanca Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 60	22/12/2020	194,00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DÉBUT D'EXÉCUTION												
				FIN D'EXÉCUTION												
				ODF PROTHÈSES DENTAIRES 												
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>					H	G	26533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553
				H	G											
				26533412 00000000	21433552 00000000											
				D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien attaché à l'hôpital Saint Luc
 de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغوماري
 أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
 أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
 التغذية و النمو
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك
 مونتريال - كندا

PHARMACIE MARHABA
 Casablanca, le: 22/10/2012
 André ACHOUR
 Tel: 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69
 61, AV. des F.A.R. - Casablanca

LEVOTHYROX 50

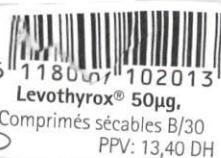
1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

MYOBIL

1 cp le soir pendant 21 jours

SARGENOR

1-0-1 pendant 15 jours



Mme RIDAOUI Rachida

1340 x 5

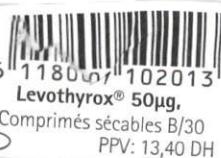
69,00

58,00

PPV 580,00

194,00

PPV 69,00 DH



مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 13
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3rd étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032