

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° W19-417284

58888

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

05M11

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KABBAJ Hakima

Date de naissance :

92-12-1954

Adresse :

Angle Rue Ahmed Choua Pavillon

d'or casa

Tél. : 0661610559

Total des frais engagés : 115480 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

KABBAJ Hakima

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.T.A

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 :

Le : 03-12-2021

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
2-12-1000	ch	-	800.00	INR 0001019 Signature of Doctor Dr. [Signature] Date: 25/12/2000 Place: [Signature] Médecin: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		MONTANT DE LA FACTURE
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	
PHARMACIE DU PHARE ICE - 001 D'aventure du Phare de BALANCA 0522 26 49 Fax: 0522 22 00 59	2008-03-09 15:50:00	214,10
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
		2-12-2008

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
		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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B		35533411													
	G	00000000	11433553													
	(Création, remont, adjonction)															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KABB AJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE
Expert Assermentée Prés des Tribunaux



الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : KARDEGIC Haine

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16 Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél. 0522 25 68 19 - Fax. 0522 48 22 02

251 239

1) Coadiesel 300/25
19 de sede
3x47,00

2) Xedidil 6,25
19 de sede
3x30,70

3) Kardegic 75
19 de sede
3x80,00

4) Sectol 50
19 de sede
124,10

Casablanca, le : 2.12.2020

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél. 0522 26 68 19 - Fax 0522 48 22 02

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél. 0522 25 68 19 - Fax 0522 48 22 02

(SV)

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
LOT : 206012
PER : 06/2022
P.P.V : 30DH70



EXP 07/2023
PPV 47,00
47,00

(SV)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Kardegic 75 mg, sac b 30
P.P.V : 30,70 DH

5 118000 061847

EXP 07/2023
PPV 47,00
47,00

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
LOT : 206012
PER : 06/2022
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

EXP 07/2023
PPV 47,00
47,00

143

(SV)

385
19082
PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél. 0522 26 68 19 - Fax 0522 48 22 02

LOT : KE00011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aproval 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH

6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aproval 300mg/25mg, b28
P.P.V : 251,00 DH

6 118001 081554

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aproval 300mg/25mg, b28
P.P.V : 251,00 DH

6 118001 081554

05 22 25 28 07 11. غشاء ماجوريل، زنقة أبو حيان التوحيدي، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعريف - الدار البيضاء - الهاتف :

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5^{ème} étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)
Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07