

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Chirurgie 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.

Education :

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

77832

Déclaration de Maladie : N° S19-0005836

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARAKAT Wafa Date de naissance : 25/06/1976

Adresse : Jar Dalk - Rue 55 Al Ayouni CIL Casablanca

Tél. : 0663 444 000 Total des frais engagés : 127,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/07/2021

Nom et prénom du malade : Nabe Harakat Wafa Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : neoplasie du cerveau

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 : 08/07/2021

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
22/04/21	C	gratuit		Dr. Nasser M. International Institute of Oncology-Radiation Therapy and Al Quds Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOLITUDE Melle EL ABBADY MINI MOUHA Docteur en Pharmacie 7, Rue Aïn Asserdouine, Casablanca - Tél. 05 22 36 23 85	22/04/21	122,3

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU			DATE DE L'EXECUTION



D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

22/04/2021

Casablanca, le :

Mme HARAKAT WAFA

1/ MUCOSAMIN VAGINAL CREAM

une dose par jour pour 6 jours

524

2/ SMECTA SACHETS



1 à 3 sachets / jour en fonction de la consistance des selles

3/ IMODIUM 2 MG 20 GES

1cp apres chaque diarrhee; maximum 6/

4/ CODOLIPRANE 16 CPS

1 Comprimé x 3/ jour toutes les 8 heures pour un maximum de 6cp par jour

~~PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMNI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdoune
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69~~

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

PHARMACIE LA SOURCE

Dr. EL MOUMNI MOUNA

6-7 Rue Ain Asserdoune
CIL - Casablanca

Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

LOT : 20E044
PER. 08 2023

P.P.V : 52DH40



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

PER. 08 2025

P.P.V : 30DH50



Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



*Dr. Naoutal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Rue de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca
Tél. 05 22 77 81 81*

PPV: 22DH2 0

PER: 03/23

LOT: K739