

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8645	Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HABIB SAID		
Date de naissance : 10/02/1972		
Adresse : 05 Rue el oukhouane Apt 2 Casab 2021		
Tél. : 0666273376 Total des frais engagés : 30.86 DH Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Dr Abderrahim BOUHAMY Endocrinologue - Diabétologue Av. Allal Ben Abdellah, Rés. Ibn Yakkha Porte 4 - Berrechid - Tel: 0522 32 32 32		
Date de consultation : 12/05/2021		
Nom et prénom du malade : HABIB SAID Age: 51		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	diabète type 2	
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 : **BERRECHID** Signature de l'adhérent(e) :
Le : **12/05/2021**

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
12 05 21	C	1	280,00 DRH	INP : 196410111331 <i>Dr. Abderrahim ROUAFI Endocrinologue - Diabète Méf Ibn Abdellah, Rabat</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du CAF - SIDI BOUZID Mme CHAOUI SAMRA Al Oukhouane - Tel : 05 22 39 89 78	12/05/21	2836,80

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique: nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Abderrahim Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES
Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie

الدكتور عبد الرحيم بخامي

اختصاصي في أمراض السكري

الغدد والتغدية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترونول

الإضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le 12.05.81 برشيد في



* 061011375*

La 1

Haf b 152,50x3

La 2 la 3 flosfatan

437,00x3 220 i la la

4 j am et 50 SV

89,00x6 1) a y
3/ dr am i 60

31,30x3 1-2-3

4) Hybris 200

116,80x3 15/1
5) Lipantengel 160

90,00 1 25/1
6) band de test reactiv

T = 2836,80

Pharmacie du CAF
Bâtiment 14077 S.A.MIR
1 Rue Ibn Khaldoon Casablanca Tel 0522.39.62

et de

300

صيغة الكاف
Pharmacie du CAF
Bâtiment 14077 S.A.MIR
1 Rue Al Ouedine Beauséjour
Casablanca - Tel. 0522.39.89.73

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue Diabetologue
Av. Allal ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoon
Porte 4 - Berrechid - Tel. 0522.32.

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد
هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104

89,00

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 styr 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain Sebâa 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1
P.P.V. : 152DH50

6 118001 081608

89,00

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain Sebâa 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1
P.P.V. : 152DH50

6 118001 081608



maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

4020809
maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

LOT	20029
EXP	02 2024
PPV	31.30

31,30

LOT	200289
EXP	02 2024
PPV	31.30

89,20