

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

108920

Déclaration de Maladie : N° S19-0005111

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9269

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE AZZEDDINE Date de naissance : 29/10/1964

Adresse : H

Tél. : 0676.8783.57

Total des frais engagés : 62.412

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa Blanca

Le : 23/03/2013

Signature de l'adhérent(e) : 3

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
.....
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	20.03.	621,67
	22	

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	
.....
.....
.....
.....
.....

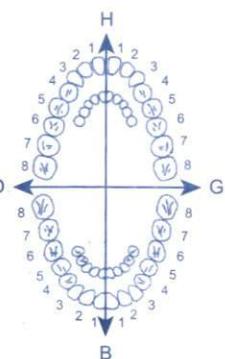
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

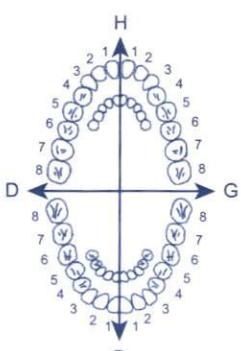
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....	



O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
.....	00000000	00000000
D	00000000	00000000
.....	35533411	11433553
B



(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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

صيدلية هيد

Pharmacie HIND
BERRADA Hind
Docteur en Pharmacie

Lotissement Municipal Bloc 11 N°516 Bis
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 022 91 44 57 - Fax : 022 89 77 48



Le, 20.03.22

A Morstahine
Azedine Doit

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
01	Jenmet 50/100	437,00	
01	Amarel 3	92,00	
01	Coversyl 5	92,00	

PER.05/2024
LOT.21E002

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



118000 060017

92,00

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRC
P.P.V: 437,00 DH.

Pharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel : 0522 914 457

621,10

FACTURE ARETEE A LA SOMME DE

Six cent vingt

my dirhams 10 centes

Signature

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Dakar
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة ب Dakar
حاصل على شهادة الفحص بالصدى

MOUSTAFAINE A jedchir

13th + Casablanca, le 12-12-2022

Jammet 50/1000

92-¹⁰ 1 op x 2h

Amarel 3mg

x 6.

mm

92-¹⁰ 1 op x 2h

Carersyl 5mg

1 op h

6x9th

Tender -

75th 1 op x 8h

Kalst 20mg

✓

6-40

1 gml/h

Dr. Indo 100mg

76-¹⁰ شارع الفاتح، قصر الاوزان، الدار البيضاء، المغرب
6 Bd EL FIDA - Derb EOKARA - 1^{er} Etage - Casablanca. Tel: 0522 28 39 93

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : MOUSTAHSINE AZZEDDINE

Matricule : 92 69

N° CIN : BK 10701

Adresse : CITE DE LA COMMUNE URBAINE GROUPE 4 N° 185 Hay Hassani
GazaBénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr MAROUANE BENCHERKOUN, Médecin, Généraliste

N° RCP :

N° DPE : 091021703

Certifie que Mlle, Mme, M. : MOUSTAHSINE Azzeddine.

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois 3 à 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires nécessaires à faire le diagnostic et traitement :

- HTA
- Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Jammet 500mg
- Domperidone 3mg
- Cimetidine 150mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Marrakech

21 JUILLET 2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Marouane BENCHERKOUN
Médecin Généraliste Echographiste
16 Bd Sidi El Aïcha 40000 Marrakech
Téléphone : 0524 22 28 75 83

Cette déclaration est reçue, claire, une fois

En application de la loi 18-09 relative à la protection des données à caractère personnel. Nous nous engageons à la confidentialité des informations communiquées