

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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° W21-676259 *111760*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2714	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TRACHLI Mohamed			
Date de naissance : 24/06/1955			
Adresse : 10 lot Riss ar massoues Reg. Ameria Coll. fructic 2024			
Tél. : 051 96 41 68	Total des frais engagés : 795,80 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin	Cachet du médecin : <i>Mohamed TRACHLI Chirurgien Dentiste 404, Bd de Oued Rès Assala Casablanca 20000</i>
Date de consultation : 03/03/2022	Nom et prénom du malade : Trachli Mohamed
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Age : 67
Nature de la maladie : H. HAKANI	
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.	

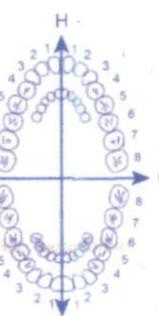
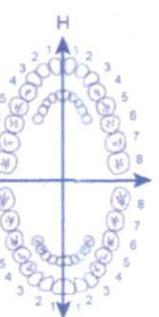
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA**

Le : **07/03/2022**

Signature de l'adhérent(e) : *Trachli Mohamed*

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		
03/07/2022	cortisole			DR MOHAMED CHOUKI AOU BOUAFIA CASABLANCA - Tel: 0522 870 8835 INFE 141170035		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
DR PHARMACIE JNNE YOUSSEF CLAFIDRINE	10/07/2022	790.80				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie - Laser - Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire

URGENCE: 0663 11 29 23

◦ حصى الكلى والمسالك البولية

◦ سرطان المسالك البولية والتتناسلية

◦ الفحص والجراحة بالمنظار

◦ الفحص بالصدى - نقفيت الصدر - الضغط الجنسي

◦ العقم عند الرجال - انفلات البول - الفتنة

Tél: 0522 870 888

Ordonnance

الدار البيضاء في 03/03/2022 Casablanca le:

Dr. FALAH Taddeert Aïn Chock
PHARMACE JNANE YOUSSEF LINA
PHARMACE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH Taddeert Aïn Chock
00151267800029
052287112-Casablanca
052287112-Casablanca

Mr Errachili Moh

170.00 DH.

1) cefixime 400 mg

AS

04 x 21;

pst 04

57.60x2

2) Backall 400 mg

AS

04 x 21;

pst 04

795.80

7

LOT 212385 1
EXP 09 23
PPV 170.00 DH

CEFICO
PPV 170.00 DH

CEFICO
Céftriaxone trihydrate

LOT 210540

EXP 02 23

PPV 170.00 DH

LOT 212929

EXP 11 23

PPV 170.00 DH

CEFICO
ceftriaxone

LOT: 5096
PER: 12/23
HGT: 57.60
PPV: 57.60 DH