

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 79 75 16 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste
C. U. d'Échographie Générale
Jamila 5, Rue 62 N° 3 Cité Djemaa
Allal Ben Abdellah

Date de consultation :

03/06/2022

Nom et prénom du malade : MOUJTAHID Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

10010

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 : CABA

Le : 03/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

ABR

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
03/06/22	0	1	120.00	Dr. Samira GUEMARA Médecin Généraliste G.U. d'Ecole 13 L.A. N.C.A. Samira 5, Rue 62 N° 3 Ch. Dumas AS 13 L.A. N.C.A. 597570 = 065 35.6998

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMACIE SBATA CASA SARL AU 59-261, BD SAKIA EL HAMRA, JAMILA 5 CD - CASABLANCA Tél.: 05 22 37 19 15 F : 50484284 - TP : 37300988 C : 517591 - INPE : 092052562 	03/06/22	1063,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

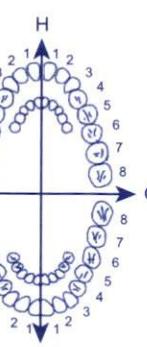
AUXILIAIRES MEDICAUX

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													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Samira GUASMIATE

Omnipraticienne

C.U.Echographie générale

ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 03/06/22

PHARMACIE SBATA CASA S.A.R.L AU
259-261, BD SAKIA EL HAMRA,
JAMILA 5 CD - CASABLANCA

Tél: 05 22 57 10 15

Ref: 50484284 -

N° 17591 - INF

ICE 002865

ORDONNANCE

LOT 220307

EXP 03/2027

PPV 20.80DH

2x 20,80 M^R

NOUJTAHID

1) Glucophage 500 mg x 2/j

2x 78,70

2)

Diamox 500 mg x 2/j

390,00

3)

Gliben. Met 50 mg x 2/j

2x 108,00

4)

Ranipril 10 mg x 1/j

108,00

47,20

5)

Trimedaf gel 15g x 1/j

32,40

6)

Diab 60 mg x 1/j x

LOT : 3823
UT. AV : 09-26
P.P.V : 47 DH 20

179,00

7)

Xiborol 100 mg x 1/j x

1063,60

18th x

LOT : 4822
UT. AV : 11-24
P.P.V : 32 DH 40

Jamila 5, Rue 62, N°3, Cité Djemaa Ben M'sil

Tél : 0522597570 - 0665356992 e.mail : heal

0460620
2023-06

PPC 179,00 DH

108,00

8,00

of, 6 F. 200

8,00

8,00

8,00

8,00

8,00

8,00