

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0666388028

Total des frais engagés : 2046.90 + 300

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/07/22

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
15/06/2018	Consultation	1	300.00	DR. KHALID ADNAN CARDIOLOGUE MED BOUZZIAME SALAMA II HMANE CASABLANCA 022 55 41 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 SHARAFAT CHOUHADA Driss Chouhada 10 Avenue Sidi Mouloud 16000 Algiers - Casablanca Tel: 05 22 38 68 55	15/6/22	2046,90

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows point from each circle to its neighbors, indicating movement paths. The grid is bounded by a black border.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.:05 22 55 41 08
Mobile:06 66 25 12 44 Whatsapp
Fax:05 22 55 41 12
Email:kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 15/06/2022

Mme Hlima BAMOHAMED
63 ans

30,70 x 2

1 SV
1 SV
SV
SV
SV
SV
SV

1) KARDEGIC 75 MG BOITE 30 SACHETS

Prendre 1 sachet à midi, après le repas, pendant 3 mois

2) VARTEX 80 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 6 mois

3) DEROXAT Comprime Pellicule à 20 mg Bte 14 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 6 mois

4) CARDINOR Comprime à 6,25 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 6 mois

5) LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, avant le repas ttt 6 mois

5 spécialité(s) prescrite(s)

2046190

Dr. ADNAN Khalid

Dr Khalid ADNAN
PHARMACIE CHOUHADA
Drs. I. A. T. I. I. I.
Pharmacien: Sidi Othmane - Casablanca
254 AV. Med Bouziane Salam IV
Sidi Othmane - Casablanca
n° 22 55 41 08

PER.: 05/2022
 LOT : 76906
 KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 6 118000 061847

PER.: 05/2022
 LOT : 10/2019
 KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 6 118000 061847

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

LOT : 211116
 EXP : 07/2024
 PPV : 47,00 DH

LOT : 210412
 UT AV : 03/2024
 PPV : 47,00 DH

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 6 118001 140237

LOT 210905 2
 EXP 04 2024
 PPV 131.50 DH

LOT 211752
 EXP 07 2024
 PPV 131.50 DH

LOT 211752
 EXP 07 2024
 PPV 131.50 DH

LOT 211752
 EXP 07 2024
 PPV 131.50 DH

LOT 213257 1
 EXP 12 2024
 PPV 131.50 DH

LOT 213124 2
 EXP 12 2024
 PPV 131.50 DH