

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- N° 002331

Maladie

Dentaire

Optique

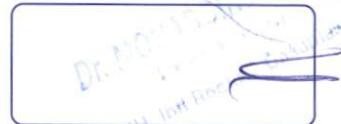
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1136 Société : ABO 774
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : EL KAOUINI Younès
Date de naissance : 14/01/1985 Lot : El Ansari Dan Bousga
Adresse : CASA 3
Tél. 0663 64 95 28 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/2022

Nom et prénom du malade : EL KAOUINI Younès Age : 46

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection psychotique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : F20

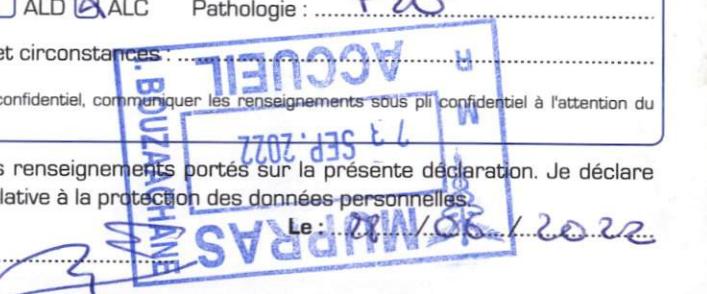
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 28/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
22.06.22	Colons		600,00 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
    	28/06/2029	362,00

INPE:092067214

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \qquad \qquad \qquad G \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \qquad \qquad \qquad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $			
	<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



Hôpital sans tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 28/06/2022

ORDONNANCE

Docteur :
Dr. Zaidi Hafida

El Kaâimi Youssef

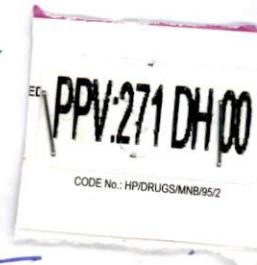
1) Ramalyp 10 mg S.K 29/06/22
27/10/22 01 - 00 - 02

2) Engact 100 mg S.K 29-06-22
23/10/22 01 - 02 - 02

3) Norelin 50 29-06-22
50 - 50 - 50 15509

4) Toralidhe 250 S.K 29/06/22
67/6/22 01 - 00 - 02

5) Pipatil 250 30/06/22
3 caps 18/7/21



Pharmacie EL HAMOULILAH
Dr. Zaidi Hafida
Dar Anssari N°125
Dar Bouazza - Casablanca
Tél. 05 22 29 30 30

TTT de la semai

rov le. 05/07/2022

ugt

Dr. MOUAD EL HAJ

CHU Ibn Rochd Casablanca



Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CPsy	
Total	60

Quittance
Hôpital Ibn Rochd
01 60524

le 28-06-22

Signature du
Régisseur et Cachet

CHARTRE
REGISTRE DES RECETTES
HOPITAL IBN ROCHD
Contrôle fait