

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.

Zikorot

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8834	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IBENTAHILA FARID			
Date de naissance : 04/06/1947			
Adresse : RESIDENCE NAFIA 101 BRAHIM Roudani			
Tél. : 0614 636 282	Total des frais engagés : 749,40 Dh		
Cadre réservé au Médecin : Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd PR. Ass HEDDAL Abdeljalil			
Cachet du médecin : H. HAKANI 2 DECEMBRE 2022			
Date de consultation : 01/12/2022			
Nom et prénom du malade : IBENTAHILA FARID			
Lien de parenté : Lui-même			
Nature de la maladie : Blessure			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute			
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 : **CASABLANCA**

Le : **12/11/2022**

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
02/12/2012	Urologie	CT		INP : 1511000076 Signature Dr Cheikh S. Ass HEP Urologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE Sur parking CARREFOUR SUPERMARCHÉ (Ancien Makro). Casablanca - Tél.: 06 12 33 51 77 / 05 22 33 59 53. WhatsApp : 06 82 12 38 18 e-mail : 50731792 - CNES : 6063490 06 82 12 38 18 paracetamol2011@hotmail.fr	03/12/2022	749,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHESIVE

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'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

07/12/2022

Ben TAMILA Fouad

147,60 x 3

1) Adenal 10mg LP

141 j lebit

153,30 x 2

2) Permi XM 16-

14 x 21 j

1) Sun

PPV : 147,60

LOT :

PER :

PPV : 147,60

LOT :

PER :

153,30

153,30

NS

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Sidi Maârouf (Ancien Makro)
Casablanca - Tel.: 05 22 33 51 77 / 06 22 33 59 53
RC : 266958 - Pat. : 36 03 30 07 - Tél. : 80331792 - CMS : 6063490
ICE : 000483820000044 Email : paracetamol2011@hotmail.fr

Hôpital Universitaire Internatinal Cheikh Khalifa
Pr. agrégé ABDELJALIL HASSIAT
Urologie

153,30

153,30

153,30

153,30

153,30