

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 081164

Optique 144777 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1658 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Agnès Ruffenach

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0522360059

Total des frais engagés : 277,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. Fouad HADDAD
Hépato-Gastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd Mohamed V
Casablanca - Tél: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 85 14 14
Cell: 091145953

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/2023

Nom et prénom du malade : AGNES RUFFENACH

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

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
9/11/2023	3		Pr. Fouad HADAD Hépato-Gastro- Entérologie-Practoologie Clinique Dr. Salam, 728, Bp. Modibo Keita Abidjan, Tel.: 01 22 55 14 14 Fax: 01 22 55 14 53	Pr. Fouad HADAD Hépato-Gastro- Entérologie-Practoologie Clinique Dr. Salam, 728, Bp. Modibo Keita Abidjan, Tel.: 01 22 55 14 14 Fax: 01 22 55 14 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 MACIE MAS Sonia Aboum otissement 0521 39 68	09/01/23	277.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

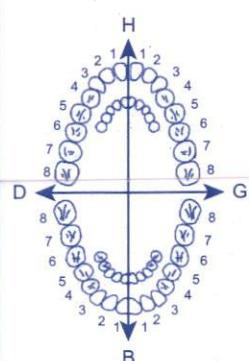
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَسْجِدَةُ دَارُ السَّلَامِ
CLINIQUE DAR SALAM

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 06/2025
LOT 26056 4

Casablanca, le

9.1.2023

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 08/2025
LOT 26056 12

AGNAOU LouNEYA

$$98.80 \times 2 = 197.60$$

- Neofortans 160 mg Ep effew
1 Cp x 3/j avant repas

79.50.

- Carbaford Ep SV 27 Jour

$$T = 277.10$$

1 Cp x 3/j aps repas

x 7 Jour

URGENCE
Pr. Fouad JADID
Hépatologie Gastro-
Entérologie et diabète
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél : 05 22 85 414
INP : 091145953

URGENCES 24/24

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonja Aboumerouane
N°22, Lotissement du Stade
Hay Essalam, C.I.L - Casa
Tel : 0522 39 88 73

مستعجلات

Lot:

220468

À consommer de

préférence avant le:

06/2027

PPC: 79,50 DH