

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

- Reclamation : 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.

M22- 0028533

148290

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6240 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SRHIER OUADI

Date de naissance : 14-06-60

Adresse :

Tél. : 0633058153 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2023

Nom et prénom du malade : SRHIER OUADI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Douleur peint

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 : 21/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : SRHIER J.D.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Parc Sophie Bégin 21, rue Félix Leclerc 75012 PARIS TÉL : 01 53 33 02 92	28/11/22	360,20 €
	21/11/22	2128,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

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			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/12/2022

H. SRHIER OUADI

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Rénales
091037705

NEBIDO 11.2

1 mg / 3 ml

NEBIDO®

1000 mg/4 ml, solution

Undécanoate de

LOT

KT0BFB1

EXP

07.2026

PC: 03400927713453

SN: 669069213210



LOT EXP
KT0BFB1 07.2026

PC: 03400927713453
SN: 648105305483



Well Pharmacie du Parc
Sophie ZEPBIB
75012 PARIS
Tél.: 01 53 33 01 02
32 03953 7



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

22/12/2022

47,00 X 111 - SRH 7ER 09103798 6581084 A02
1 - PROVIRON 34/5 S.V

3 mois
1470,00
(490,00 X 3)

2 - Rectis 3 S.V 186

2128,00
PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

LOT 222028
EXP 02/24
PPV 490DH00

LOT 224114
EXP 08/24
PPV 490DH00

LOT 224114
EXP 08/24
PPV 490DH00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

47,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 152934 / 2022 du 21/11/2022

Nom patient	SRHIER OUADI	Entrée	21/11/2022
	PAYANTS	Sortie	21/11/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Hôpital Cheikh Khalifa International
Casablanca
Service d'Urologie
Hôpital Cheikh Khalifa
Tel: 029004466 / 0523004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : **221121094413RA / .**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200595726	SRHIER OUADI	21/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3966	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : *RAD. WAH*

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
Hôpital Cheikh Khalifa
Tél.: 0529004477

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT - France

Qté Description	Prix	Montant
MAROC X		
1 Crédit Achat du 26/11/22		360,80
	sous-total	360,80
	TOTAL Client	360,80
	A PAYER	360,80

Règlement

Espèces	360,80
---------	--------

28/11/2022 10:23:30 justificatif 20221128010017-Original
Vous avez été servi par (4)-Poste LE020

JUSTIFICATIF NON VALABLE POUR ENCAISSEMENT

LE02.0 U215.1-(NF525)B0416-vX1u
SIRET 80290146200019 NAF 4773Z TVA FR10802901462