

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0040336

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 16214 Société : 151339
 Actif Pensionné(e) Autre : ABDELAJID
 Nom & Prénom : AKRAN Date de naissance : 21/01/1949
 Adresse : LOT. LA INDONÉ. NR 469 CASABLANCA 20190
 Tél. : 2639255272 Total des frais engagés : 1.555,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 31/01/2023
 Nom et prénom du malade : DOCTEUR ABDELLAH AKRAN Age : 63 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Maladie de la peau
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Maladie de la peau
 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 : CASABLANCA

Le : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
31 JAN 2023	CRM		400 /	Docteur Aït Ziane Neuro-Psy en 1re Rue Tahar Haddad 1000 0522 22 70 91/20.61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU 11 NOV 1988	31/11/1983	1101.80
PHARMACIE DU 11 NOV 1988	01/12/1983	53.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Per:	Nombre du Diologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
PP.V: 13180				
LOT: 10				
Per: 0425				
PP.V: 1380				

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'ODP.

BRONCHATHIOL®

Carbocisteine 5%

PPV 31.04.20
PER 07/24
LOT K1937

ADULTE



CIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطارد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le

31 JAN. 2023

الدار البيضاء، في

167.400M AKRAM Asma

1 11/01/2023 14 l m

13.80+M 21 11/01/2023 20 l m

32.00+M 37 11/01/2023 17 l m

111.900M 41 11/01/2023 14 au soir

110.1.80 11/01/2023 Traitement pdv Bleu

Dr. OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue TAHA Housine (ex. Galilée)
Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

LOT : 22E004
PER : 07/2022
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DHgn

118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

LOT: 047
PER: AUT 2024
PPV: 167 DH 40

LOT: 051 PER: AVR 2025
PPV: 167 DH 40

LOT : 051
PER : AVR 2025
PPV : 167 DH 40

LOT: 051
PER: AVR 2025
PPV: 167 DH 40

PHARMACIE CHEMS / CASABLANCA
 ASSALAM II IM 4 GH 8 LISSASFA
 ICE:0004906620000065
 RC:318708 IF:50821130 PAT:36215310
 INPE:092018704 TEL:0522893988

01/02/2023

F A C T U R E N° 159

CLIENT : AKRAM ABDELMAJID

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	BAYCUTENE CREME	22.70	22.70
1	BRONCHATHIOL AD.SP.FL/150 ML	31.20	31.20
MONTANT FACTURE			53.90

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 CINQUANTE TROIS DIRHAMS 90 CTS

