

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

M23-005340

535X8

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2. A. 7

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K. R. A. T. S. A. D.

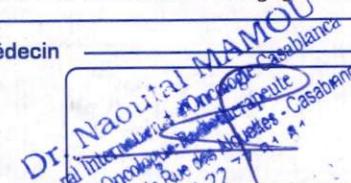
Date de naissance : 13/09/15

Adresse : 5, RUE HOUSSAÏD
HOUSSAÏD TALIK 2 FSS

Tél. : 061437590 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2018

Nom et prénom du malade : EL khay, khizlane Age: 41

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACPUELI

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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.

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 Bon Relèvement des Actes
11/03/23 C			256	Dr. Naoufel LAAMOU Cabinet Interne et Dentaire Oncologie Buccale Route de l'Orme 105 Tél: 05 22 21 05 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAAMOU Rue Ibnou Nafis Marrakech - Casablanca Tél: 0522 25 70 13 - 05 22 21 05 22 INPE: 092037217	11/03/23	521,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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			Coefficient des Travaux
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LACOLO 175
33, Rue Ibnou Nafis Maârif, Casablanca
Tél: 05 22 25 71 07 - RC: 255 745
INPE: 092037217

Casablanca, le.....

14/03/2023

Mme EL GHAZI GHIZLANE

1/ CLOPRAINE SIROP

Nausees ou Vomissements

1 cuillere Matin midi et 1 Soir pendant 5 jours

2/ ONSET-8MG OU CHEMOSET 8 MG

1cp deux fois par jour un quart d'heure avant le repas pour 5 jours

3/ SILICIUM VERNIS LA ROCHE POSAY

1app par jour pendant toute la durée de la chimiothérapie

4/ OSMOSINE SIROP

Si cont' posie

521.9

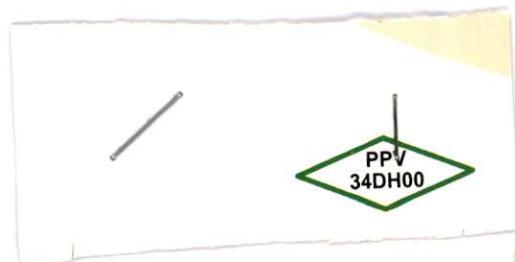
1 cuillère à soupe Matin et 1 Midi et 1 Soir

5/ BICARBONATE DE SOUDE : POUDRE

Si Appt Buccal

une grande cuillère dans un demi litre d'eau + 3 cp de cotipred 20 mg

bains de bouche 4 à 5 fois par jour pour 1 mois



Casablanca, le.....

14/03/2023

Facture N°: FC2303002152

Mme EL GHAZI GHIZLANE

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature

*DR. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Rue de l'Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma*

Le 14/3/23

Facture N° 12

M: EL GHIZI

GHIZZANI

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
0	Rocky Roly Venus	10,50	0,00

NS

S.P

INPE:09203217
Tel:0522251107-BC:255765
PHARMACIE LA COLDUMBE
33, Rue El Hachemi - Casablanca