

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W21-772558

NS4364

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

01421

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Kettani Mohammed Tadjeddine

Date de naissance :

25.11.57

Adresse :

Rif El Firdas 1/3 KM 81 Rte de
Meknès Casa

Tél. :

44952 Total des frais engagés : 44952 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Youssef JOUAHRI
Centre de Santé Janane Elouz
Délegation Médicale
de Casa Hay Hassani

Date de consultation :

13.03.2023

Nom et prénom du malade :

KETTANI Red Tadjeddine Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Branchie

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 :

Casa

Le : 13.03.2023

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
6/3/03 2023	C	1	6	INP : 0910905106 Dr Youssef JOURDAN Centre de Santé Bourg Elouz Sébastien Hassani Hassani Hay Hassani

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL SIDI BOUCHEIR</i> Docteur en Pharmacie de Boushara 1000 Salah Haddou Casablanca	13/3/193	139.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

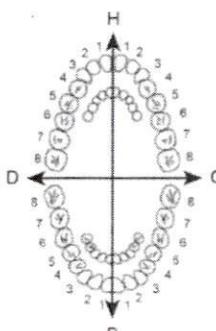
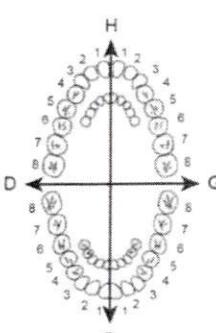
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552									
		D	00000000	00000000									
		B	35533411	11433553									
		[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

PHARMACEUTIQUE DRAHA
BOUCHEUR (ROUTE DE TANZIA)
Route Bouchedraha, 199, Km 17
Draha, Guelmim

le 13.03.2023

ORDONNANCE

Mr KETTANI Tel Tojechdine

168,90

① AUGENTIN 1g Sodl *MS*

76,90 1fond 2-1j (x7).

② VOLTAREN 50 mg SRG

102,60 1p le soir

③ TERIUS G *MS*

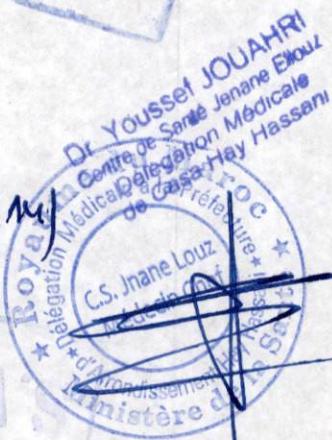
52,80 1p le soir

④ DE DES 2 (bte de 14)

39,70 1gel le soir

⑤ FUCIGINE Green

129,50 1g/2tun 2-1j



AMÉRICAINE AZTEC D'AMERIQUE

AUGMENTIN

1g /125 n

Sachets

..... sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début des repas
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كبس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PPU: 168,20 DH
LOT: 650910
PER: 11/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets

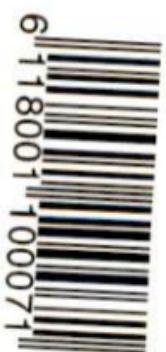


Fucidine® 2% pommeade
Tube de 15 g



فوسيدين® 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

LOT 211148
EXP 04/2024
PPV 52.80DH



OEDES 20mg
14 gélules

OEDES®
oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

COOPER
PHARMA

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

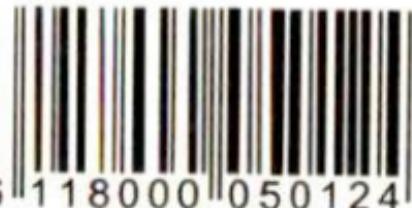
30 comprimés
pelliculés



LOT : 093-3
PER : AUT 2023
PPV : 102 DH 60

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



أيام سوراج دين

عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة