

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

- 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.

Matricule : 1724

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUF Lahcen

Date de naissance : 30/06/51

Adresse : Résidence Naelia Casablanca

Tél. : 06 61 29 42 55

Total des frais engagés : 983,10 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/04/2023

Nom et prénom du malade : Chaouf Lahcen Age :

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 :

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 04/04/2023

Le : 04/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : Chaouf Lahcen

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
01-06-2013	123 > 03		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JADIDA Casablanca Tél: 05 22 99 52 40	04/10/123	683,53

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'ONP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). Landmarks include D (distal), H (high point of the arch), G (mesial), and B (low point of the arch). The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the lowest point (B) and the second molar being the high point (H).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHEZ QU'UN PRATICIEL AUTOMATIQUE N'EST PAS UN PROGRAMME

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

4/4/2023

7' CHAOUEN
LAZARUS

201,00



DAFRON 100

14,50 + 19,60



PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tel: 05 22 99 57 46

7/

Acide Paracétamol

2 pro e hit de poche

337,00

2 pro e hit de poche

2/1

3/

Enf RASA

2 pro le n° 7/2

4/

69,50

LA LFONE

D'S

Hôpital Dr. N. Khamla ibn Zaid
Hepato-Gastro-
Proctologie Médico-Chirurgicale
BELLOUN

INPE 111118482

641,60

PPC: 69,50 Dhs



201,00
E01225
EXP 12/2024
PPV 201 DH 00

14,50

Hemofast®
Pommade

19,60

PENTASA 1G
15 SUPPOSITOIRES
PPV : 337,00 DH
ADSP N° 80/98DMP/21
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070466

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 04/04/2023
Numéro : 48 944


090061862

Nom patient : CHAOUF LAHCEN

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépato-gastro-entéro

2300665669

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Email : contact@hckm.ma
Fax : 05 29 03 45 45
Tél : 05 29 03 45 45
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii, Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026