

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.

M22- 0030569

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2164

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARAH

Mohammed

Date de naissance : 30-9-1958

Adresse : Hay el Mesjid Rue 2 N 21 casa

Tél. : 06.11.43.47.18

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade : Farhat Abdellah Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

 25 AVR. 2023

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 :

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
14/10/2013	S	6	(A)	Dr. Faissal TAHIR NEPHROLOGUE Centre d'emo-fialyse 2 Casablanca Tél: 052 87 08 04 Fax: 052 87 08 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL MESJID SARL AU 445 Bd Mokhtar Soussi Casablanca Tel.: 05 22 28 01 62	14/04/23	64 (.-) 30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

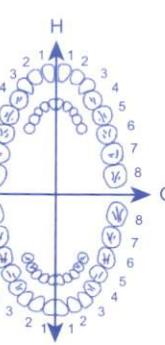
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	00000000		00000000		35533411		11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	G	21433552																
D	00000000	B	00000000																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				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

Dr. Omar BENJELLOUN Dr. Meryem BENJELLOUN Dr. Faissal TARRASS

Spécialiste en Néphrologie

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Oviedo, Espagne
Ancien Attaché à L'Hospital Clinic de Barcelone, Espagne
Ancien Directeur de l'Unité Nephro Care Fresenius, Alicante, Espagne

Spécialiste en Néphrologie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Certificat de Prise en Charge des Maladies Rénales, Université Johns Hopkins, Maryland, USA

Spécialiste en Néphrologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Médecin des Hôpitaux de Grenoble, France
Titulaire du Prix Who's Who in Medicine and Healthcare, USA

Maladies des Reins - Hypertension Artérielle - Hémodialyse - Lithiases Rénales



Casablanca le : 14/04/2023

107.70x3
100.00
150.00
30.70x4
645.30

Centre d'Hémodialyse 2 Mars
Casablanca



Dr. Faissal TARRASS
NEPHROLOGUE
Centre d'Hémodialyse 2 Mars
Casablanca

Tél: 0522
LOT : 22E005
PER : 09 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

6 118001 061847



INP
091031971

CENTRE D'HEMODIALYSE 2 MARS, 466 Boulevard 2 Mars, Haddaouia, CASABLANCA

Téléphone: 05 22 870 804, Fax: 05 22 870 805, email: hemodialyse2mars@gmail.com

300

عن طريق الفم



28 x

أقراص ملبدة

ICARD® 300 mg

28 comprimés

6 118000 083023



COOPER
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV.:

L01 : 220759
EXP : 05/2025
PPV : 150,000H

Avant toute utilisation lire attentivement
Read carefully / the leaflet

[Tableau A / Table A]

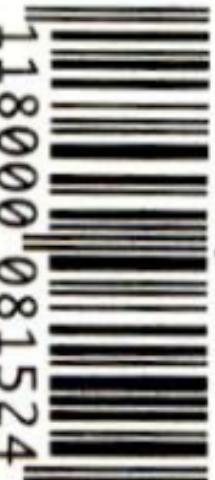
CHIGH

5 مجم
من طرابلس

28 ×

6 1180000 081524

AMEP® 5mg
28 comprimés



COOPÉ
PHAR

مساء زوال صباح مدة 2