

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 du 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.

158312

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580

Société : RAR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID R. BOUCEROUA

Date de naissance : 1941

Adresse : 14 RUE EL KHALILI 143 800 RABAT

Tél. : 062 88 605 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2013

Nom et prénom du malade : Lahrar Fahima Age : 70ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Insuffisance cardiaque chronique

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	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/03/2013	CSHEC6		300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/2023	1158,16

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'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														
	<table 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> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

- ❖ Spécialiste en Cardiologie
- ❖ Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- ❖ Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- ❖ Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- ❖ Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



الدكتورة للا جهان الجوهي

- ❖ اختصاصية في أمراض القلب
- ❖ خريجة كلية الطب بالرباط
- ❖ خريجة كلية الطب فيكتور سينكلار بوردو فرنسا
- ❖ في تشخيص أمراض القلب بالصدى
- ❖ طبيبة سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط
- ❖ طبيبة سابقاً بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Leaf 103/2023

Mme Lahzar Falima

201,00

1 | Daffon 100mg : 3cp/j Pol
Pus Acp/j

89,70

2 | Cordarone 200mg : 1/2cp

58,10

3 | Cardensiel 5 mg x 2/j

34,60

4 | Iasipix 40mg : 1cp/j

370,00

5 | Rexuban 20 mg le

405,00

6 | Upenro

= 7. 1158,60

Pharmacie TASSINIME
Lot AL Mouskrat Al Adouia
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 58 472



Pharmacie TASSNIME - Casablanca

Tayeb Mariam



Facture N° 20230425-993

Date de vente : 27/03/2023
Médecin traitant :

mme lahrar fatima

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
UPERIO CO 100MG B28 COMP PELLI	1	405,00	Exonéré (0.00%)	405,00
REXABAN CO 20MG B28 COMP	1	370,00	Exonéré (0.00%)	370,00
LASILIX CO 40MG B20 COMP	1	34,60	Exonéré (0.00%)	34,60
CARDENSIEL CO 5MG B30 COMP	1	58,10	Exonéré (0.00%)	58,10
CORDARONE CO 200MG B40 COMP	1	89,70	Exonéré (0.00%)	89,70
DAFLON CO 1000MG B30 COMP	1	201,00	TVA (7.00%)	201,00

Total HT	1 145,25 DHS
TVA	13,15 DHS
Total	1 158,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent cinquante-huit DHS
et quarante centimes

Pharmacie TASSNIME
Lot AL Amaanah - Sidi Maâouia - Casablanca
Tél: 03 22 58 41 72