

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- 0008357

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12614

Société :

RAM 6483

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHATARI BAHLINE AJNAN

Date de naissance : 08/05/1988

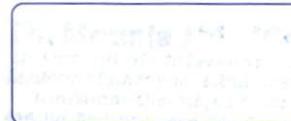
Adresse : JNAÑE CALIFORNIE EMERAUDE 11 Amts

Tél. : 614.56.30.26

Total des frais engagés : 1591.5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2023

Nom et prénom du malade : Hawa Ridi FZ

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 : Casablanca

Le : 11/05/2023

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
11/05/23	C	...	300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMA CALIFORNIE Dr. FALAH YOUSSEF Pictor Taddart Rés Line 05 22 87 11 12 - Casa 100 51 26 70 00 95	11/05/23	1221,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

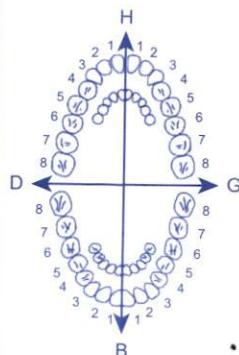
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

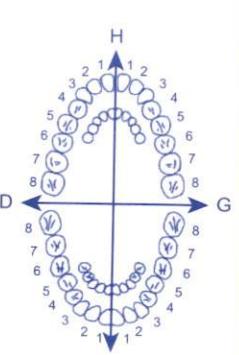
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				

**O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES**



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mounia Jarmoune

الدكتورة مونية جرمون

DOCTORAT EN MEDECINE

Faculté de Médecine - Casablanca

D.U DE DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Faculté de Médecine - Rabat

D.U EN LASERS MEDICAUX A VISEE ESTHETIQUE

Faculté de Médecine - Rabat

NUTRITION ET DIETETIQUE MEDICALE

دكتورة في الطب

كلية الطب - الدار البيضاء

الدبلوم الجامعي في الأمراض الجلدية التدخلية

كلية الطب - الرباط

الدبلوم الجامعي في الليزر الطبي

كلية الطب - الرباط

التغذية و الحمية الطبية

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FAZAH Youssef
0 Pièce Haddart Rés Linda
Jnane California Ain Chok
Tél: 05 22 87 11 12 - Casa
CE: 001512078000029

Casablanca, le 21/05/2013

M - Mounia Jarmoune PR

123,60 x 2

21 Bucain 40 mg

14p/16 ptt - 4 mois

872,00

21 15 mg x 125 mg

44,00

31 Cimet

14p x 3 fl

58,30

41 Megefon

1221,50 tcap 1/ 3 fl

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubour bnu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
64115DMP/21NRQ P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubour bnu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
64115DMP/21NRQ P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

Megasfon 160 mg
Boîte de 20 comprimés



EMEND® 125 mg+ 80 mg
Boîte de 1 gélule de 125 mg
et deux gélules de 80 mg
P.P.V: 872,00 DH
AMM 79/19DMP/21/NRS
Distribué par MSD Maroc

