

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABRANNE Hassan

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : ALYASMINA R.S imm 74 Appt 7
E.P. ouf la...

Tél. : 0663291279 Total des frais engagés : 2719,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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.



Age: 65

Enfant

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 : 08/07/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MASSAÏD EL HABIB Dénomination Pharmacie El Massaïd El HABIB 10, rue Hassan CHARAF 10000 ALGERIA - ALGER Tél: 022 90 05 67	20/07/23	27 19,00

ANALYSES - RADIographies

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Y^{me} CHAABI SAIDA

Fait à Casablanca / Le 08/04/2023

405,00 x 6.

1) UPERio 50 mg
50, 70, x 2.

S.V

210
30,70 x 2

31 KARDEGIC 75 mg: 0-1-0

41 TAHOR 10 mg : 1-0-9
13,40 x 2

5) LEVOTHYROX 50mg : 1-0-0
(80x3)

~~6,00x3b~~ 1 LEVOTHYROXINE 25 mg: 1-0-9
HABIB

719,00

PHARMACIE EL MASJID EL HABIB
ESSABYL HABIB
Boutique en Pharmacie
Riad Hay Haassani CHARAF 2
CASA - QULFA
tel : 05 22 90 05 67

in de 03 min.

Lotissement Al Yassamine, Imm. 79 1^{ère} Etage App. 4 - Casablanca

(Au-dessus de la Pharmacie BALSSAM ALYASSAMINE)

نحوتة للإيجار عمارة 79 - الطابق الأول - الشقة 4 - الدار البيضاء

فوق صيدلية بـاسم الياسمين

Etage App. 4 - Casablanca
AM ALYASSAMINE) 79
تجزئة الياسمين عماره 79
فوق (فوق)
Tel : 06 38 02 79 60

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

7862160246

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

UT. AV. :

0 6 2 5
7 9 0 0

LOT N° :

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



7862160335

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336