

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 :

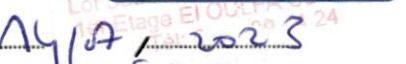
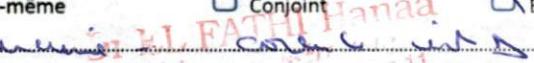
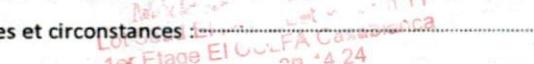
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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 à caractère personnel.

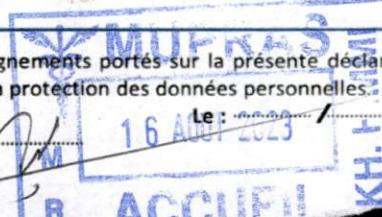
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9421	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SAAIDI MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661202546 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	 	
Date de consultation :	14/07/2023		
Nom et prénom du malade :	SAAIDI Nour Age: 22		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
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.			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



16 AOUT 2023

KH.

R ACCUEIL

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
11.11.23	5		200 DH	INP: 11111111111111111111111111111111 INPE: 051113286 N°ICE: 001744692000008 Dr. H. L. FATHI Hanan Hanan Elouf Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ARNAIME Sofia NAIME Sofia 2, Rue Hassan II Lot. Sofia 1 Hay El Hana - Casablanca Tél.: 0522 95 15 37	10/11/23	18 Elage 565160

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8				

Dr. Hanaa ELFATHI

Médecine Générale

Ancien Médecine Chef au Ministère de la Santé

Echographie, ECG, Suivi des grossesses

Diabétique et Hypertendus...



الدكتورة هنا، الفاتحي

الطب العام

طبيبة سابقاً بوزارة الصحة

الفحص بالصدري

تبعد حالات الحمل مرض السكري الضغط الدموي

Casablanca, Le : ٨٤. ٥. ٢٠٢٣

PHARMACIE DAR NAJME

Sofia NAJME

Lot. Sofia 2, Rue Hassane, N° 7
Hay El Hana - Casablanca
Tél. : 0522 95 15 37

SARIDI Nour -

20.00

٤١

Cumsta ٤١



٢ ٦ ٤ ٣

١٢٦,٥٠ × ٣

٣٧٦,٥٠ F en lis po. ٤١



٥٦,٣٠ × ٣ ٤١



٣١ D. cumsta ٤١

١٦٨,٩٠

٥٦,٤٠ ٣١

عد الدخن تجزئة 49 عمارة 11 الطابق الأول شارع ه ٢٤ الالفة . الدار البيضا .

Lot Saâd El Kheir, Lot 49 Imm 11, 1er Etage Bd HH 24 - El Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 07 44 24

Curtec®
Céftrizine 1mg / ml
Solutif
PPV: 20DH00
FIER: 05/26
LOT: M608

Lot N° : FL13
Exp : 06/2025
PPC : 125,50 DH

Lot N° : FL13
Exp : 06/2025
PPC : 125,50 DH

Lot N° : FL13
Exp : 06/2025
PPC : 125,50 DH

D-CURE® AMPOULE
PPV: 56,30 DH
LOT: 23B10D
EXP: 02/2025

D-CURE® AMPOULE
PPV: 56,30 DH
LOT: 23B10D
EXP: 02/2025

D-CURE® AMPOULE
PPV: 56,30 DH
LOT: 23B10D
EXP: 02/2025

