

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M23-011210

175899

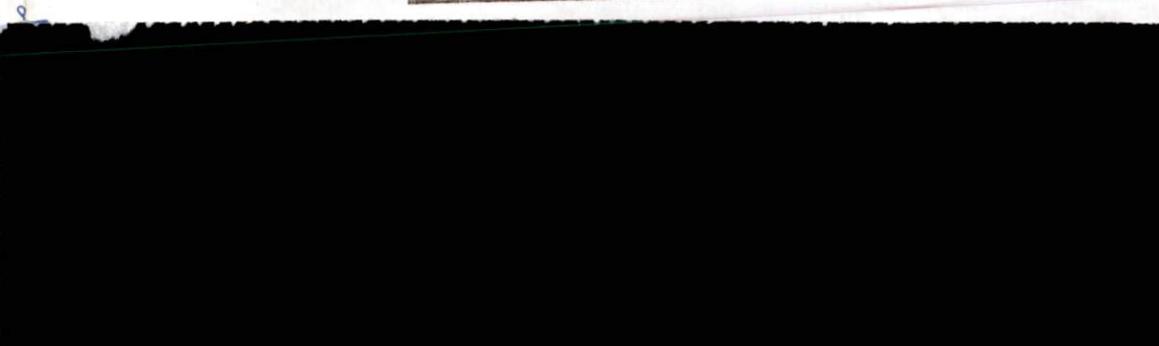
Matricule : 10068	Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HSAIN JAMAL		
Date de naissance : 17/09/1961		
Adresse : Hay Tarik Boul. 55 cas 3 B encaiss. Elif Casa		
Tél. 06 22 38 15 02	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 11/9/2023		
Nom et prénom du malade : HSAIN JAMAL Age: <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Lien de parenté : Nature de la maladie : néoplasie		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : **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
11/09/2023	C8	6		Dr. Mouda BENDJILOUN Oncologie - Radiothérapie 06 16 45 894

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, AV des F.A.R Casablanca Tel 0522 31 16 40 0522 31 43 69	10/09/23	4441.00

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	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	G				
	B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					DATE DE L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sbaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologue - Radiothérapeute

Unité d'Oncologie
Radiothérapie

Casablanca, le.....

11/09/2023

Mr. HSAIN JAMAL

DEXAMETHASOME

14 mg soit 1 Gel / le matin pendant 7 jours

12 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours

10 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours

8 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours

4 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours

2 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologue - Radiothérapie
091151894

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69



PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR

Docteur en pharmacie

Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C :118264

Patente:35 101 720

T.V.A :823288

C.N.S.S:1850107

Tél :0522 31 16 40

Le 11/09/2023

FACTURE N°628889

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR HSAIN JAMAL

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
5	DEXAMETHASONE A 12 MG GELULES	17,00	85,00	14,17	20,00
5	DEXAMETHASONE 10 MG GELULES	14,00	70,00	11,67	20,00
5	DEXAMETHASONE 8 MG GELULES	14,00	70,00	11,67	20,00
5	DEXAMETHASONE 4 MG GELULES	10,00	50,00	8,33	20,00
5	DEXAMETHASONE 2 MG GELULES	10,00	50,00	8,33	20,00
7	DEXAMETHASONE A 14 MG GELULES	17,00	119,00	19,83	20,00

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69

INPE
092041391

TOTAL T.T.C :

444,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	444,00	Montant	74,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Quarante Quatre Dirhams.