

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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 920

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMDAAUI ARDELHAFID

Date de naissance :

1950

Adresse : 12, Rue Ouest EL Maleh EL DULFA Casa

Tél. : 0675964457

Total des frais engagés : 805,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LEMSEFFER.
-NEPHROLOGUE-
125, Avenue Mers Sultan - Casa
INPE : 091094599

Date de consultation :

18/10/2023

Nom et prénom du malade : HAMDAAUI Abdelhafid Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

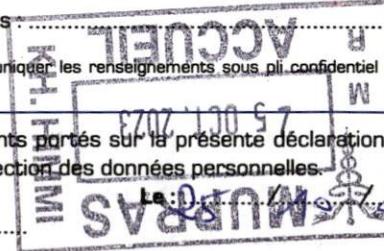
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
18/10/23	C	✓	200 HT	<i>DR. LEMEYER</i> NEPHROLOGISTE 125, Avenue de la Gare INPE : 091094593

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Lamia Diouri</i>	18/10/23	60510

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

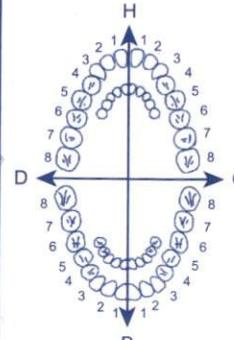
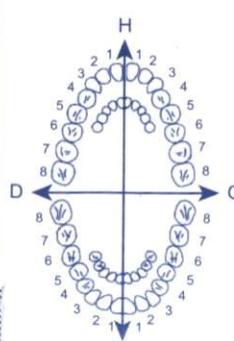
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
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													

مركز الكلية الاصطناعية مرس السلطان
CENTRE D'HEMODIALYSE MERS-SULTAN

Dr.LEMSEFFER Youssef

Spécialiste des maladies des reins-rein Artificiel
Diplômé de la faculté de médecine de marseille

الدكتور المسفر يوسف

اختصاصي في أمراض الكلية
خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca le : 18/10/2023 الدار البيضاء في :

Dr HAMDAOUI Abdelhafid

9,200 X 3
Covergyl 5mg

10,970 X 3
Contiflo 0,4

Lamia DIOURI
Pharmacie Hassani N°1
Cité Alissim 22 Casablanca
Tél: 05 22 90 05 29

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

Treatment de

LEMSEFFER YOUSSEF



Dr. LEMSEFFER
-NEPHROLOGIST
125, Avenue Mers Sultan C
INFE : 091034599

92,00

92,00

20 000 - الم
2 26 96 34 - Fax : 0
943000087

92,00