

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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- 0036024

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : ... 606 et 802

Société : ... RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EL HARTI

Abdelmajed

A 83368

Date de naissance : ... 01/07/67

Adresse : ... HAY EL HANA Rue 27 n°8 Casablanca

Tél. : 05 22 36 92 04

Total des frais engagés :

784,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ... 26/9/23

Nom et prénom du malade : ... El Hatti Abdelmajed Age : ...

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Myelone multi de

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ...

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

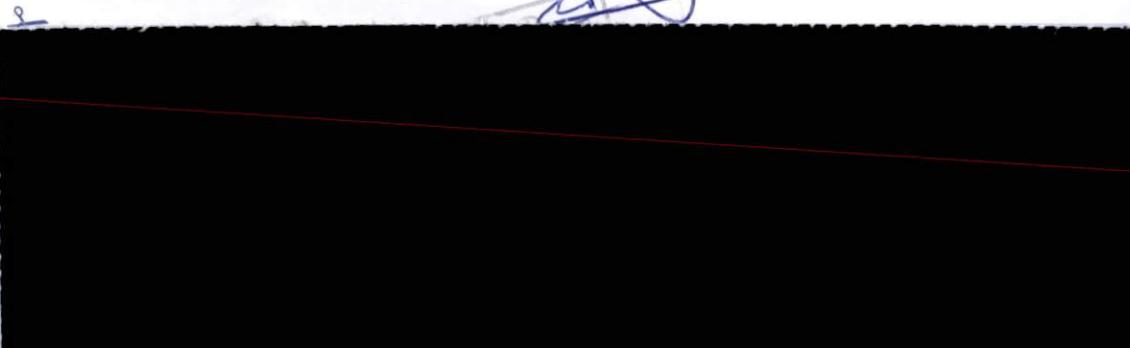
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26/09/2023

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
26/09/2023	Consultation	6		  Dr. Béatrice Lefèvre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 AL ROUAIH Hôpital Universitaire de Bourgogne 03 80 44 64 56 54 31 03 80 44 64 16 17 03 80 44 67 17 18 INPE: 03204331	26/9/2023	784,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODE.

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	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزه
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل

26/12/2022

Casablanca, le

Mr EL Hach

Abdelmajd

25,00 x 10

1) Dexanethasone



1 gélule 1 demain



le matin

20 mg

432,00

115, Rue Sebtz
pharmaciealboudourcas
Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 31
Fax: 0522 86 04 67 - IF: 40464164
RC: 252331-ICE: 001448477000
INPE: 0920



2)

Valex 500

432,00



1cp J en continu

102,60



3) Aerius 5

784,60

EP

1cp J x 10 j



LOT: 109
PER: NOV 2024
PPV: 102 DH 60

PHARMACIE AL BOUDOOUR SARL AU

ABDELRIM TAOUDI BENCHEKROUN

0522 86 04 68

115 rue sebta quartier des hopitaux , casablanca



Facture N° FAC-232199

Date : 27/09/2023

EL HARTI ABDELMAJID

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
AERIUS CO 5MG B30 COMP GM	1	102,60	2	102,60
VALEX CO 500MG B42 COMP	1	432,00	2	432,00
DEXAMETHASONE CO 20MG GELULE /UNITE	10	25,00	2	250,00

PHARMACIE AL BOUDOOUR Sarl.Au
 115, Rue Sebta Qu.des hôpitaux, Casa
 pharmaciealboudourcasa@gmail.com
 Tél: 0522 86 04 68- 86 54 37
 Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
 RC: 252331-ICE: 001448477000066
 INPE: 092004357

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	51,33	0

Total HT	733,27 DHS
TVA	51,33 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	784,60 DHS
Total	784,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-quatre DHS et soixante centimes

PHARMACIE AL BOUDOOUR Sarl.Au
 115, Rue Sebta Qu.des hôpitaux, Casa
 pharmaciealboudourcasa@gmail.com
 Tél: 0522 86 04 68- 86 54 37
 Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
 RC: 252331-ICE: 001448477000066
 INPE: 092004357