

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- 54030
18763

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02307 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABID ABDELJALIL

Date de naissance : 19/02/1954

Adresse : M. RUE DAOUD DAHIRI MAArif CASA

Tél. : 0641684976 Total des frais engagés : 627,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2023

Nom et prénom du malade : ABID ABDELJALIL Age: 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : M 21 DEC. 2023

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 : 19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cahier et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
16.12.23		02	300.000 Dhs	Dr. REHAB ABBADIAH S 30.000 Dhs de Marche, M Casablanca 25.88.62 / fat. 05.2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
UNIVERSELLE CASA SRL AU 398, Bd Brahim Roudani Casablanca 0522 25.31.42	16/12/23	327,50

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

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.						
	Dents Traitées		Nature des Soins		Coefficient	
					CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

Gastro-entérologue
Spécialiste
des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie. Vésicule. Pancréas. Estomac. Intestins.
Hémorroïdes)

Endoscopie digestive
Échographie abdominale

Ex. Gastro Entérologue au: Hôpital Al-Sabe Rabat
et à l'Hôpital Ben M'hamed - Casablanca



اختصاصية في
أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد، المريء، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي
الفحص بالصدى

طبية سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي
بمستشفى بن مسick سيد. عثمان - الدار البيضاء
لرباط

LOT: 2478
PER: 02-26
PPV: 144DH

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA S.A.R.L AU
398, Bd Brahim Roudani
Tél: 0522.25.31.42

16/02/23

144,50

7²

ABED

Abdeljalil

3) Enzol 20 mg

53,10

58,10

le mat - a - j -

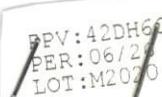


2) Relaxol ep

42,60

5ep

x 30 au long

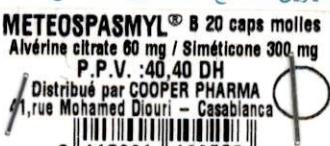


3) Motilac 7,5

40,40

5ep

x 1 au m - l -

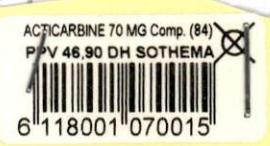


4) Metospasmoly 20 caps

46,90

2 caps

x 2 j entre les



5) Acticarbine 70 mg

327,50

4 caps

x 31 j entre les



Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage - Maarif - Casablanca - (en Face Galerie Benomar)
إقامة بين سعيد، 30 زنقة المارشي - الطابق الثاني - المعارض - الدار البيضاء (أمام مركز بن عمر)

Tel : 05 22 25 88 62 / 05 22 98 90 12 - Fax : 05 22 28 90 12