

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

- Reclamation : 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 : 8783 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KASSIMI MOHAMED

Date de naissance : 22.12.1966

Adresse : 9 les ESSALAM Bd OUM RABII MAZOU

141 CASABLANCA

Tél. : 0661.11.76.56 Total des frais engagés : 519.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Date de consultation : 29/11/2023

Nom et prénom du malade : EL KASSIMI Mohamed Age: 57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : All. urato-gastrique

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 : 29/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : 29/11/2023



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
20/07/2014	G1	G1	GT	 Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef INPE : 910315000000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DAR EL KENZ PHARMACIE EL KENZ B.D. EL KENZ TUNISIA 12860</i>	19-11-23	519,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

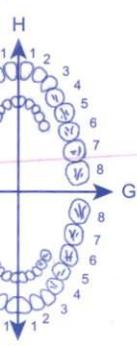
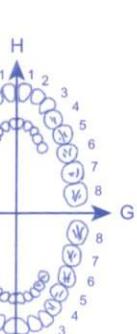
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				Coefficient des travaux									
				Montants des soins									
				Début d'exécution									
				Fin d'exécution									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins									
				Date du devis									
				Date de l'exécution									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DRAAÏME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
DÉLEGATION MÉDICALE CASA-ANFA
ENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MOULAY YOUSSEF



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المندوبية الطبية للمختام
المركز الاستشفائي الجامعي مولاي يوسف

PPV: 147 DH 60

PPV: 147 DH 60

ORDONNANCE

Caser 29-11-2023

M. EL KASSIMI Mohamed

Jut. 60 *3

PPV: 147 DH 60

1/ Flotval 10mg (SV)

1 cp / j le soir

SV

pdt 03 mois

76.20

2/ Voltaren SR 75mg

1 cp x 2 / j au moment des
repas

To SIG



Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
(فِرْمَهُ الْجُرْعَاتِ الْمُرْسَلَةِ)

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.
لائحة II - بصرف فقط بوصمة طبية
حفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مرأى الأطفال.



6 118001 030408

○ VOLTAREN® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH