

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.

190562

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>580</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>HRARI Brahim</u>		
Date de naissance : <u>1961</u>		
Adresse : <u>Boulevard Hassan II</u>		
Tél. :	Total des frais engagés :	<u>5.820 Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin

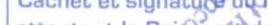
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>20/01/2014</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>HRARI Brahim</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Gax degatte</u>		
Affection longue 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 :	<u>Le 15/01/2014</u>		
Signature de l'adhérent(e) :			

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.

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
09/11/2024	C	1	150.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
DU PROPRIÉTAIRE
PHARMACIE TASSINNE CASABLANCA
RCE Moustakbal Addoha
Sidi Maarouf - Casablanca

Date

Montant de la Facture

232.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1-8 on top, 1-8 on bottom) arranged in a curve. A horizontal axis labeled 'G' extends from the center of the upper teeth to the center of the lower teeth. A vertical axis labeled 'D' extends downwards from the center of the upper teeth. A point labeled 'H' is located at the top left, and a point labeled 'B' is located at the bottom right.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le :

02/01/2024

الدار البيضاء، في :

H BOUCHAIR HRAR

51.40x2
→ Divalo 75mg ٢٧٥
جاف

46.70
→ Zyloric 100mg
جاف

13.30
→ Colchicine 1mg
جاف

34.60x2
→ Losartan 40mg
جاف

PHARMACIE TASSIMI CASABLANCA
RCE Moustakbal Addoha
Sidi Maarouf - Casablanca

ج = 232,00

Dr. EL ATOUANI Hind
Médécine Générale
73, Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf
Casablanca - Tel. 05 22 32 13 15

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tel. 05 22 32 13 15

Colchicine 1mg

OPIOCALM

20 comprimés sécables



6 118000 082156

AMM N° 528/I7DMP/ZI/NRQ/R1

N° Lot:

1TJ550

Fab:

02/2021

Per:

02/2024

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)



LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V :34DH60



6 118000 060468

LOT :28EU03
PER .01 2027

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V :34DH60



6 118000 060468

0

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés

A.M.M. N° 63 DUMPERAL

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AM.



6 118000 022268

