

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

PRAFROS/V2/20-10-2023

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8815			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société :	
Nom & Prénom : EL ALAOUI MOUHSSINE			
Date de naissance : 28/05/1867			
Adresse : 10000 Casablanca			
Tél. : 0697965818 Total des frais engagés : 19406 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. R. GHIATI Pneumo-physiolog Séjour My Yousra Gasa EL ALAOUI MOUHSSINE			
Date de consultation : 21/01/2024			
Nom et prénom du malade : EL ALAOUI MOUHSSINE			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchite asthmatique			
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 : Casablanca Le : 07/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OULFA <i>PHARMACIE DR. SVISTAKOVA YASMINE N°54, Bd. Ouard Tansif Oulfa Casablanca Tél: 05 22 91 32 92</i>	24-01-24	507,00

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.

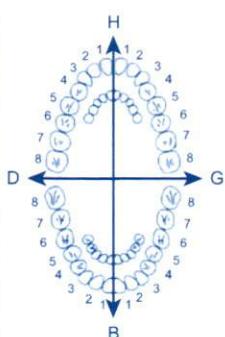
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



1/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
DIRECTION REGIONAL CASABLANCA-SETTAT
DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA
CENTRE HOSPITALIER GERIONAL
MOULAY YOUSSEF



الملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المديرية الجهوية الدار البيضاء - مصاطب
المندوبية الطبية الدار البيضاء - آنفا
المركز الاستشفائي الجهوي
مولاي يوسف

$SpO_2 = 97\%$

ORDONNANCE

26-01-24

ن.º EL ALAOUI

MDUH80115

210,00

1) Symptom 200



3YU007
05/2023 P.P.V. 210.00 MAD (Dhs)
05/2025

297,00 "

MonTEE maladie de la touche
rouie } depuis 2 mois



SYNTHEMEDIC
22 rue souk el aouan roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200 µg Pdr. p/inh.
Flacon de 120 doses P.P.V. 297,00 DH
10414 DMP/21/NRQ
6 118001 020706

PHARMACIE EL OULFA
PHARMAKOVA
Dr. SVISTAKOVA YASMINE
N°54, Bd. Oued Tansit Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 91 32 92

Dr. R. Chiffa
Pneumologue
Hôpital Universitaire
Casa - Anfa

A2 remise