

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.

M23-002808

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7863 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUACHAIR HASSAN

Date de naissance : 03/04/1996

Adresse : HABIB TUELLE 196002

Tél. : 666 82 8852 Total des frais engagés : 843,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

40, Projet Al Mouskrat GH.6
N°2 Sidi Mâarouf - Casablanca
Tél: 0522 58 48 55

Date de consultation : 10/02/2016 Nom et prénom du malade : MOUACHAIR HASSAN Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HABIB*

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *MOUACHAIR HASSAN*

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 l'exécution des Actes
10/02/2024	C.S	21000		<i>DR. M. M. TAHRI</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE : 092055721</i> PHARMACIE Dr. M. M. TAHRI Le Floride Casablanca Tel: 05 24 23 15 18 Email: tahriflavoride78@gmail.com	10/02/24	593,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
(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 Imane LAHLOU

PEDIATRE

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Nutrition



الدكتورة إيمان لحلو

طبيبة الأطفال

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

الحساسية والضيقية

التغذية

Age : _____

Poids : _____

Casablanca, le 10 FEV 2024

Conseil au :

$165,00 \times 3$ Sotend 50

2 Bx21j 3m

NAGONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

131,70 Nashee 1 pulv le matin

des cheveux nez 3m

42,20

Ventoline spray 2 Bx

Lot : H 8 M
EXP : 04 2025
PPV : 42,20 DH

222 58 48 55
Sidi Maârouf - Casablanca
Dr. Imane LAHLOU
PEDIATRE
TRADITION

PHARMACIE:
ZENITH MILENIUM
Dr Amina TAHRI
N°162, Lot Florida Casablanca
Tel: 05 22 32 15 16
Email: tahrifatmina78@gmail.com

593,90

40. شارع عبد الملك السعدي، 6 GH رقم 2 الطابق السادس (أمام حديقة العمالة) سيدى معروف - الدار البيضاء

40, Boulevard Abdelmalek Essaâdi, GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 0522 58 48 55 / 07 62 62 06 04 - الهاتف : 0661 44 64 68 - المستعجلات : Email : imanlahlou05@yahoo.fr

ID 653474 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140,00 DH
6 118001 141852

ID 653474 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140,00 DH
6 118001 141852

ID 653474 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140,00 DH
6 118001 141852