

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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 482 Société : 197234

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMR RAHHAL

Date de naissance : 1941

Adresse : SALM: 17 Rue 32 Im 28 N° 07 CASABLANCA

Tél. : 0656212055

Total des frais engagés : 2144 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2012

Nom et prénom du malade : AMR RAHHAL Age : 71

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HTA

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.

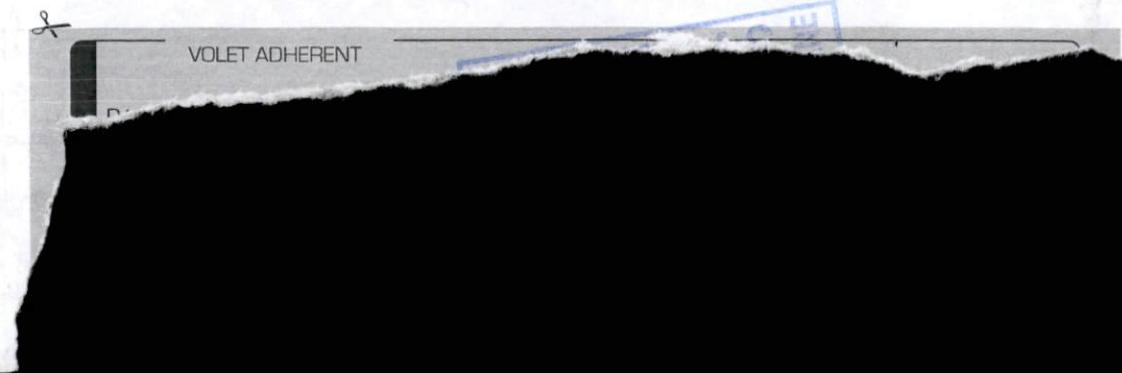
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ---

Le : ---

Signature de l'adhérent(e) : ---

VOLET ADHÉRENT



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 96-27-05-2018 | Visite de suivi | 1 | 10000 | Dr. Ahmed |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| HARAJI PHARMACEUTICALS Mr. FILAIJ GUENNOU Idrissam 226, Boulevard Al Jouhara Casablanca 01 47 | 22/02/24 | 307,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Capacité 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADWE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

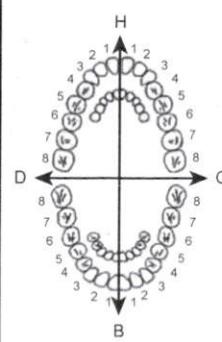
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

ORDONNANCE

Docteur Ahmed BIDANI
Cardiologue
166 Bd Dahmam Jammia VCD - Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
Fax: 09 200 4506

43,00
X2 86,00
Y ANGULOR 500 mg (2)

34,70
Y CORT 20 mg

20,00 80 ml.
3) VER 20 L 600 mg

31,30
4) 2x Loric 200 mg (2)

22,70
5) NINOMICINE
PHARMACIE FADILA-CASABLANCA
Mme FILALI GUENNAI Ibtissam
226, Boulevard Al Joutoune
T.Samia 2 - Casablanca
Tel.: 05 22 38 01 47
ICE: 002115854000092
I.N.P.E: 092004506

30,7140
X 03 - 00

Casa, Le: 26.02.2024

AS

19,20

1) EUCALYPTINE LEBRUN

AS

18,00
Y PULMO-Fluide

AS

58,00
8) INDOCOLYRE 0,1%

AS

17,50
ADD 0 500 mg

AS

Docteur Ahmed BIDANI
Cardiologue
166 Bd Dahmam Jammia VCD - Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
Fax: 09 200 4506

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV

100%

رقم اللقمة
FAB/ EXP/
05-2023
10-2024

LOT: 23122 PER: 06/2026
PPV: 20,00 DH



PHARMAS
LOT : 7542
UT.AV : 09-26
PPV : 22DH70

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

UT.AV: 34,70

19,00

PPV (DH):

LOT N°:

UT.AV.:



LOT : 5713
PER : 07 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT 231944
EXP 05 2027
PPV 31.30

PPV: 43DH00
PER: 07/25
LOT: M2688

PPV: 43DH00
PER: 09/25
LOT: M3248