

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 01421 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KETTANI Mohammed TAYEB

Date de naissance :

25.11.197

Adresse :

Résidence 81 Sirdakus n°3 KM.1 Rto
de MEKKA. Casa

Tél. :

06 66 866 73

Total des frais engagés : 133,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Youssef JOUAHRI
Centre de Santé Jenane Elouej
Délegation Médicale
de Casa Hay Massene

INP : 910 905 06

Date de consultation :

05 / 04 / 2024

Nom et prénom du malade :

Mr KETTANI Haja

Age : 68

Lien de parenté :

Un(e) même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

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 : Casa

Le : 29/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
05.04 2024	C		6	Dr Youssef JOUAHRI Centre de Santé Jénane Elouaz Délegation Médicale de Casa Hay Massan

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAISON PHARMACEUTIQUE DOCTEUR HAMID KHALIL ROUTE BOUSSOURA VILLE D'AGADIR 84370</i>	<i>05/11/94</i>	<i>133,50</i>

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.

ORDONNANCE

Le : 05 Avril 2024

Amel KETTANI docte

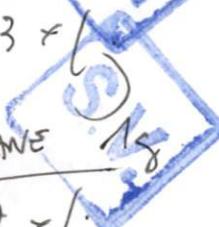
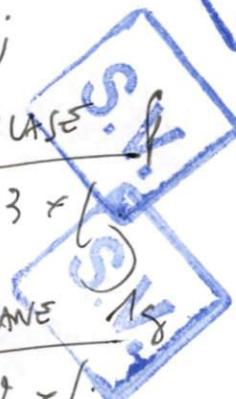
60115-2
① BioVANIC 500

55,00 TPIj

② Bio 74 UASE 50

11,00 3x15g
③ Dapiphane 15g

133,50



PHARMACIE EL DRABNA
BOUCIRIA 148LAMI
Douteur en Pharmacie
Route Bouskoura 109 Km 11
Casablanca
Route Oued Hadou 109 Km 11
Casablanca



نيك

500 ملغم

BioVanic 500 mg

5 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

LOT : M1165

PER : 09/2025

PPV : 64,50 DH

مختبرات ديفا للصيدلة

Deva

ج.واحدى صيدلي مسؤول

الطبقة الصناعية بطنطا - مصر

55,00

BiOMYLASE®

3000 U.CEIP

ALPHA-AMYLASE

VOIE ORALE

PPV:14DH00

PER:02/26

LOT:M563

باراسيتامول

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972