

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 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 tous les 6 mois.

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 : **0000592** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **NAOUI AHMED**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. LAZRAK
Rhumatolo... le 22 NOV. 2015
Hôpital Moulay Youssef - Casablanca

Date de consultation : **2011 11 19**

Nom et prénom du malade : **YAHIAI**

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

arthrose

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **ACCU**

Dr. H. LAZRAK

Rhumatolo... le 22 NOV. 2015

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/19	S	1	58550	INP : 5944
Caisse : 00521				
Société Médicale - Casa - Anfa				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ABBADIA CASA 154, R.L. A 48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne INPE 092025204	20/11/2019	58550

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21432552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M. Y.A.Z.Z. On

La somme de

Six mille deux cent cinquante et une

Ministère de la Santé
C.H.R. My Youssef Casa **N° 005944 /R**
Quittance

2. N.
Délégation My Youssef Casa - Anfa
Cachet du Service

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<u>2</u>		<u>62</u>
Total		<u>62</u>

Le, 20/11/2019Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION MEDICALE CASA-ANFA
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MOULAY YOUSSEF

الملكة المغربية
وزارة الصحة
المندوبية الطبية الدار البيضاء - ألفا
المركز الاستشفائي الإقليمي
مولاي يوسف



ORDONNANCE

date : 20/11/19

Mme. YALLOU AICHA

PHARMACIE EL MANAR

CASA S.A.R.L. A.U

48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

{ 1) Relaxol cp
(53.70 x 2) 2 x 07 jours
(pas phos!)

49.80

2) Adiflex gel
PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U
48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

CASA S.A.R.L. A.U
48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

3) Dicoflex (bte 6 gel)
35.000

49.50 gel Tj au milieu
du mois x 04 mois

4) D3 Norm gouttes
585.50 30 gouttes / flacon x 01 mois
Dr. H. LAZRAK
Pharmacie
Moulay Youssef, Casablanca

