

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

10993

RAM

001
2024

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHADY Hanane

19107 1976

19 lot AI WORAD HAY CHIRIFA CASA

0661487114

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

CHADY Hanane

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 01/01/2024 CASA

Le : 01/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-834781

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01.01.2023	60220123	5	380,17	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ouled El Mekhber	Date : 09/09/2016	Montant : 500000

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Aïnine BENNANI
1.Lot Oued El Makhazine 9000-Ain Chok-casablanca
Tel 06 22 52 70 17 E-mail: bennani_dr@gmail.com
Cachet 092448754

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cabinet du Dr. Chok Casablanca Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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			



231231223936M ORDONNANCE

Bouskoura, le :

01-01-24

CHADY HANANE

1/ VITA C 1000 COMPRIME EFFERVESCENT

1 CP x 2 PAR JOUR, 05 jours

2/ OTRIVINE 0.05 SOLUTION POUR PULVERISATION
NASALE

01 pulvérisation dans chaque narine/Jour pdt 07 jours, 05 jours

3/ TAVANIC 500 MG SOLUTION POUR PERFUSION

1cp par jour, 07 jours

4/ CEDOL 400 MG/20 MG 400 / 20 MG / MG COMPRIME

2 comprimés 3 fois par jour, 05 jours

T = 145,00

PO. DR 52408800



090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300285374

F A C T U R E

N° **60 224** / 2023 du **31/12/2023**

Nom patient : **CHADY HANANE**

Entrée **31/12/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **31/12/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
PHARMACIE	1.00		80.17 Sous-Total	80.17 80.17
Total Frais Clinique				380.17

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS DIX-SEPT CENTIMES

Total **380.17**

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	380.17		380.17	0.00



 Service des Urgences A

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

01/01/2024
00:04

Nom Patient : CHADY HANANE		Numéro dossier : 2300285374			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
31/12/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	1.69	1.69
31/12/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77	3.77
31/12/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
31/12/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
31/12/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	5.86	5.86
31/12/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	2.43	2.43
31/12/2023	CHLORURE DE SODIUM 0,250 INJECTA (01)	181868	1,00	13.10	13.10
31/12/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA(1)	181868	1,00	6.34	6.34
31/12/2023	CLOPRAZME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJ(1)	181868	1,00	1.39	1.39
31/12/2023	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0	181868	1,00	29.90	29.90
31/12/2023	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)(1)	181868	1,00	14.08	14.08
				Total pharmacie	80.17



