

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.

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.

N° W19-495472

ND : 32006

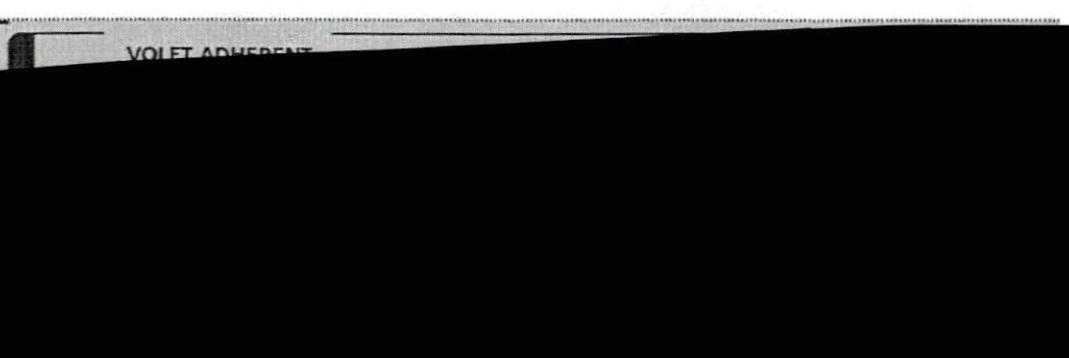
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5962	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FAIKI ABDELAZIZ
Nom & Prénom : FAIKI ABDELAZIZ			
Date de naissance : 31/04/1982			
Adresse : 34, Rue 17 SIDI EL HASSAN, Sousse			
Tél. : 06 67 01 52 73	Total des frais engagés : 2000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR. ZAKARIA BEN MOHAMED CHIBANI 29 JUILLET 2020			
ACCUEILLANT MUPRAS 29 JUILLET 2020			
Age : 20 ans			
Date de consultation : 21/05/2020	Nom et prénom du malade : FAIKI	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Prostatite			
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 21/05/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES CHAIS 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
21/10/2020			€ 0	INP : 1010101010101010 Dr. ZAKARYAA J. Médecin interne du Rochd - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL HAKIM <i>Dra LAQUI BOUCHAFA</i> 100, Rue Andre 4/100 Lot Sekkilia Gouf, CASABLANCA - Tel 0522 90 71 60	21/05/2024	25740

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين

ORDONNANCE

PPV: 46.00 DH
CB00338
EXP: 05/2021

Casablanca, le : 21/05/2020

FAIKI ABDELAZZ

149,50

1) Spectrum sp

(15)

1sp x 2/j

pdt 40jrs

46,10

2) Uman gel

(15)

1 gel/j

pdt 40jrs

15,80

3) Doliprane sp 1g effervescent

1 sp chaque 6h sans dépasser 3 g/j

46,00

4) Supradyn eff

1 eff matin/or

257,40

149,50

LOT 190864
EXP 02/2021
PPV 46.10 DH



PHARMACIE AL HAKIM
Casablanca
Tél.: 05 22 48 40 40/41/42 - Fax : 05 22 21 17 18 / 05 22 29 94 89
E-mail: direction@chucasa.ma / Site Web: www.chucasa.ma