

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052215

ND: 33531

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

E L SAFI TOUNSI

Date de naissance :

10 12 1955

Adresse :

235, Bd YACoub El Mounier

Tél. :

0601321737 Total des frais engagés : 300 + 148,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28 / 4 / 2020

Nom et prénom du malade :

Mme EL SAFI TOUNSI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gonstajes

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) :



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
28-6-2020	CS		300,00	Dr. EL FATIMI Professeur de Médecine Fonctionnelle et Réadaptation et Pathologie Pathostol Larissa et Paracologie INP: 091037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HARMACHE YOUSSEF Imme LAKHASSI TA 13, Bd Abd El Mansour - Casablanca Tel: 0522 36 75 51	28/04/2020	148.30

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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'EXECU

ORDONNANCE

Dr. EL FATIMI Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appl Locomoteur Podologie

Le: 28-5-2020.

M^{me} EL SAFI Touâa.

34,00 x 2

1^o/ Myontalgie cp eff:



1x2(jx38m)

42,60

2^o/ Flobic 7,5 mg:



1x2(jx10j)

PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

37,70

3^o/ Depomedrol 80 mg: 2 j.

1 i.j

148,30

Dr. EL FATIMI Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appl Locomoteur Podologie

MYANTALGIC
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00
EXP 04/2023
LOT 02028 3

MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00
EXP 08/2022
LOT 95025 1

Pfizer

DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

مستعلق للحقن /
suspension injectable /

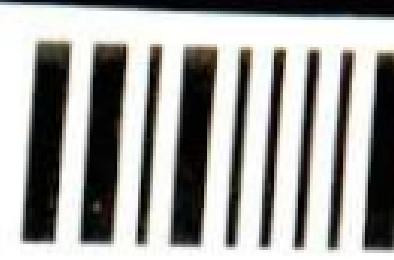
أسيتات ميثيل بريدينيزولون /
acétate de méthylprednisolone /

حقنة 2 مل /
Seringue 2 ml
يُحقن عن طريق العضل -
I.M. -

ديبو ميدرول®
80 مغ/2 مل

LOT/EXP.:

CW8754
11/2023
P.P.V.: 37DH70



LOT: J373
PER: 02/23
PPV: 42DH60



Mobic®

meloxicam

7,5 mg

Uniquement sur ordonnance

14 comprimés

Fabriqué par bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

