

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

ions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6609

Société : retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

retraite

Nom & Prénom : ECH-CHADLI EL HASSAN

Date de naissance : 01/07/1952

Adresse : même adresse

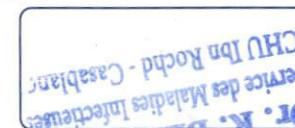
Tél. : 0661350255

Total des frais engagés :

1304,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : ECH-CHADLI EL HASSAN, Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : grippe de cou

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

Le : 03/11/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3-12-2020 | | | | <i>G</i> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>PHARMACIE N°20 153, Rue Habib Baba (Bd Day Ould Sidi Baba) Sarb Ghellaf - Casablanca Tel: 0522 25 16 07</i> | 03/12/2020 | 30410 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 | |
| | | 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. | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DATE DU DEVIS | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| H | | G | |
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| D | | B | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | |
| | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | |



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد . الدار البيضاء

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 3.14.2020

ORDONNANCE

Docteur :

ECH-CHASCI - El Hoc
3 x 79,70



Azix 500 - 1000 mg - 2 CPS -
15,30
Vit C 1000 - 2 CPS -



Zinc - 240 mg -
49,16 - 21.000 CPS -
15,30

3041

PHARMACIE WATO

153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Ghellaïf - Casablanca

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3040

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3040

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 12

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

CHU Ibn Rochd - Casablanca
Secteur des Maladies Infectieuses