

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W19-576597

56023

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10308	Société : R.A.H		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Bougaddou Fatima			
Date de naissance :			
Adresse : Pat Ferdinand App 7 ElHB8 1er 2 ouf la casablanca			
Tél. 0602167656	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 14/11/2020	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : asthme	
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 : **19/01/2021**
Signature de l'adhérent(e) : **C.S**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/20	479,30
	14/11/20	125,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Gachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

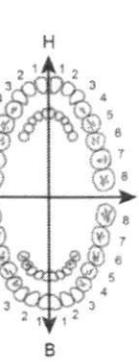
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	G												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

35.70

35 40

ID : 639021 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 140.00 DH
6 118001 141852

3570

وصفة طيبة

Ordonnance

Casablanca, le :

14/11/2020:

31,90

Arif Rafik

140.02

1) Sereti de 50

S.V

2 BF \times 2 J

10

n3 m8b

110.03

2) Tabnrex

(S.V)

1 pH 7.4 Tris buffer

31.90 x 2 le matin fait 03 mois

4) zadrył

S.V

1004

03 m/s

35.70 x 3 1 conc et semi 1 j le soi
11-23 mai

5) Malte fer (S.V)

Le 1^{er} de matin

1027

anca • Maroc

58.40
6) 6)

Sulpiride 20 mg

(S.V)

2 cps 1/2

PAT 05/5

1/79.30

PHARMACE QUIERERPAZ

D. A. S. 1000
Calle 1000 Quito Ecuador
COTACACHI - Tel: 02268872 - Fax: 02268876

Hospital Universitario Internazionale Cheikh Khalifa

EDIFICIO 108/109/110/111

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1

P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247

ERSITAIRE
AL CHEIKH KHALIFA
ATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیفة
علاح تكون بخت

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

24/11/2020

Dr. H. EL GHWI 8/2018
11/11/2020

Arj Rafik

125,30

1) Vaxi Grip



PHARMACIE OUM RABII

Dr. H. EL GHWI 8/2018
11/11/2020

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **112 447 / 2020** du **14/11/2020**

Nom patient : **RAFIK ARIJ**

Entrée **14/11/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **14/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00