

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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5678

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL PAKIR

Date de naissance : 05/12/61

Adresse :

Tél. : 0662 768446 Total des frais engagés :

... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : Dr RAKK Soufiane

Age : 15 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bonnehôte aigüe + constipation

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 : CASA

Le : 03/11/22

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
31.10.2022	C.S Assurac Inj. Uptenam		1250 Dhs	DR RAKIR SOUDAH Médecin Généraliste

092006048

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
HARAJIE ALIMAN MALL Dr. HABIB EDDAH Mourad Bab El Akemmat, Rue 28, N° TELE: 05 22 21 33 13 GSM: 06 61 08 55 00	31/12/2012	247,62

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 31.10.2022

ORDONNANCE

Age 15 ans

Mr MALAIS ELCFAKIR.

Poids : 44 kgs

10,3°

1). Doli ~~pr~~ 500 mg qd

30,2°

1 qd 3/4 capsule si BH si T > 38,5

2). Cleo ~~ls~~ 20 mg bid

69,3°

1 capsule c/jour po + 7 j

3). Docevox sir 50

138,3°

10 ass x 3/4

4). Augmentin ~~333~~ 1 g bid

HARMACIA IMAM MALLA
Dr. MEDDAH Mourad
Hav Lakemtar, Rue 28, N° 64
Casablanca
Tél.: 0522 21 33 13
GSM: 0661 08 55 05

2/4 j po + 6 jours

94 f. 6/2

Dr RAKIK Soufiane
Médecin Généraliste

LOT: 220441
DLUO: 06/2025
69,00 DH



ml

PPV: 139,30 DH
LOT: 649216
PER: 03/24

PPV: 10DH30
PER: 06/25
LOT: L2125



LOT 211146
EXP 04/2024
PPV 30.00DH