

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.

M22- 0019806

Optique 137471 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 375 Société : *Rehaine*

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : *SAGHIR DU STAPHA*

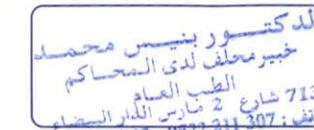
Date de naissance : *1/1/1960*

Adresse : *citk INARA 7 Rue 5 N° 16*

Tél. : *06.478438440* Total des frais engagés : *100* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : *SACIHI Moustapha* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HTA + Diabète + leucophtose + cœgiphite*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *HTA + Diabète + leucophtose + cœgiphite*

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 31/10/2022* Le : *31/10/2022*

Signature de l'adhérent[e] :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Octo 2022		C2	200 در	 غير محلل لدى المعاكم الطيب العام 713 شارع 2 مدار اللار البيضاء الهاتف: 0522 215 723 - 0532 211 307

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D'ARMACIE LUMPER LAHRICHI SARL A.C. 28 Bd. Al Qods, Inaya, Ain Chok Casablanca - INPE : 092040427 Téléphone : 02 92 40 29	1002040427 31/10/22	1659,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bnoor al aouane, 1060
noires casablanca
SYMBICORT TURBULETTE
400/12µg par dose Pdr p/mouth
Flacon de 60 doses
105/4 DMP/21/NRQ du P.P.V: 297.00 DH
6 118001 020935

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

44,70

44,70

44,70

44,70

44,70

44,70

39,80 DH
Lot: Y055D
Per: 02-2025

LOT: 6158
PER: 01/24
PPV: 99DH00

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820

P.P.V: 53DH10

6 118000 060833

19,90

19,90

46,40

46,40

46,40

46,40

46,40

46,40

47,40

13,20