

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 4161

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HLILA HAKIMA

Date de naissance : 11/11/1963

Adresse : 158 Bd BRAHIM ROUDANI FTL. Ap. 2

Madina CASA BLANCA

Tél. : 0661 67 86 50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HLILA HAKIMA

Age : /

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Reim.

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 Hongraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2012			120	10/10/2012 Médecin attestant le paiement des actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD

Royaume du Maroc

LOT: 22E002
PER: 09/25
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V: 22DH80

6 118000 060345

Université Ibn Rochd
Casablanca

0
LOT: 22E003
PER: 09/25
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V: 22DH80

6 118000 060345

PPV: 14DH00

PER: 09/25

LOT: L3049



LOT: 22E002
PER: 09/25
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V: 22DH80

6 118000 060345

Casablanca, le: 10/12/14

NANCE

Docteur :

Mme Hélène Hakima

22.80 x 3

21 CORTANCYL 5MG

reçu en mifly

50,70 x 3

21 Carbentuet 2,5mg 48

144,00 x 3



reçu

81 Doliprane 1000mg 48



reçu

27.70 x 3

31 Asibazopine 100mg 48



reçu

345,60

60 - 10/12/14 03 mifly

IBN ROCHD
Université Ibn Rochd
Casablanca

PPV: 14DH00

PER: 09/25

LOT: L3043

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30



PPV:14DH00
PER:09/25
LOT:L3049

