

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

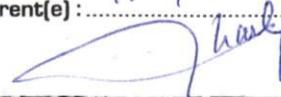
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1241	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom :		M. THAÏLI ZINEB	
Date de naissance :		20/02/48	
Adresse :		MISSIMI Rue 22 n° 18/20 Hay Hassani CASA -	
Tél. :		0661418487	Total des frais engagés : 11.83,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
Date de consultation :	29/01/02
Nom et prénom du malade :	
Dr. DEMBI KHALE	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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 29/11/92 Le : 29/11/92

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
20/11/22	G 6	600		<i>[Handwritten signatures and a blue stamp from "Dr. Farid Khaleel" are present over the signature line]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2022	1183,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

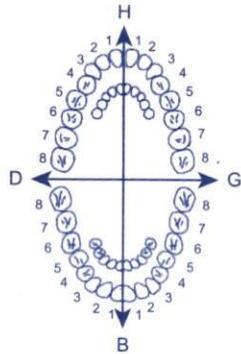
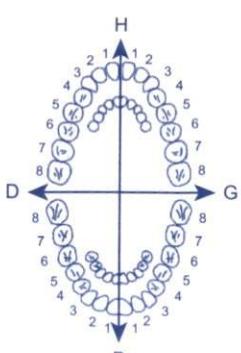
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASA le 20/11/22

Dr. DEMERI Khaled
Endocrinologie - Diabetologie et Nutrition
9 Rue 45 Casablanca - Casablanca
Tél: 05 22 23 42 15

Mr THAÏLI Zinedine

744,00

Landy Slobtan

(S)

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1.
Ain Sebaâ 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 85
P.P.V. : 744DH00

6 118 001 081615

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1.
Ain Sebaâ 20250 Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 85
P.P.V. : 439DH00

6 118 001 081639

1183,00

Tur
02mm3

32-36 mi le frz au
Coeur

439,00

André Slobtan

(S)

10 - 16 mi

PHARMACIE AL GUARD
S CHALAK Hal Nasir 3f
Docteur SEB Pharmacie
55 AV Oues Sfouf - El Ouley
Tel/Fax: 05 22 90 53 45
Casablanca
ICE: 001541468000057

Dr. DEMERI Khaled
Endocrinologie - Diabetologie et Nutrition
9 Rue 45 Casablanca - Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 Fax: 05 22 23 42 15