

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.

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

245706

Déclaration de Maladie : N° S19-0005888

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **A1457** Société : **RAF**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL IDRISI ILYASS** Date de naissance : **01/01/1970**

Adresse :

Tél. : **0664791442** Total des frais engagés : **54.11,80 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : **08 JAN 2023**

Nom et prénom du malade : **DR HACHI Rachid**

Medecine générale
295 Av Oued Tansift Cite El Oulfa
Casa Tel. 06 66 80 76 66
Case INPE 091076893

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Bronchite aigüe**

Age : **51**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

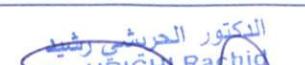
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **02/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **ILYASS**

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
02/07/2023	C1		200	 Dr. HICHAM Rachid Médecin généraliste 295 Av Oued Tansit Cte El Oulfa Casa Tel 06 66 80 76 66 INPE 091076693

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/2023	211,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

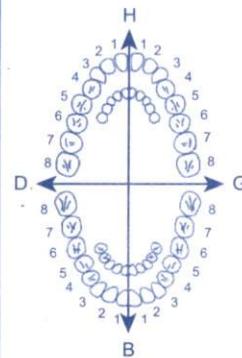
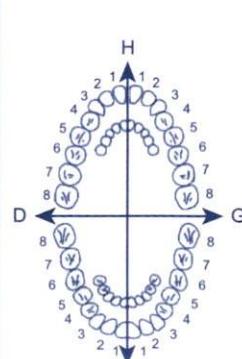
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[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

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295,Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulef
ACLAV 100mg / 12.5mg/ml Poudre
pour suspension buvable, flacon 60ml

ACLAV 100mg / 12.5mg/ml Poudre
pour suspension buvable, flacon 60ml

LOT : 5260
PER : 12-23
P.P.V : 66DH10

LOT : 5260
PER : 12-23
P.P.V : 66DH10

(مجموعة)

PPV 21DH60

EXP 02/2024
LOT 22013 2

0

0

EFFIPRED®

Solution buvable



PPV 12DH80
PER 01/25
LOT 1343

12,80



PPV (DH) :

Lot N° : 22,50
UT. AV : 0743

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

Suspension

PPV 22DH70 EXP 05/2025
LOT 25009 3

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

150 ml