

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

N° P19-0030438

145793

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5201 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SEZIT FATHIMA

Date de naissance :

Adresse : HAIBIT

Tél. : 06 51 38 53 47 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2013

Nom et prénom du malade : SEZIT FATHIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Spondylolisthesis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

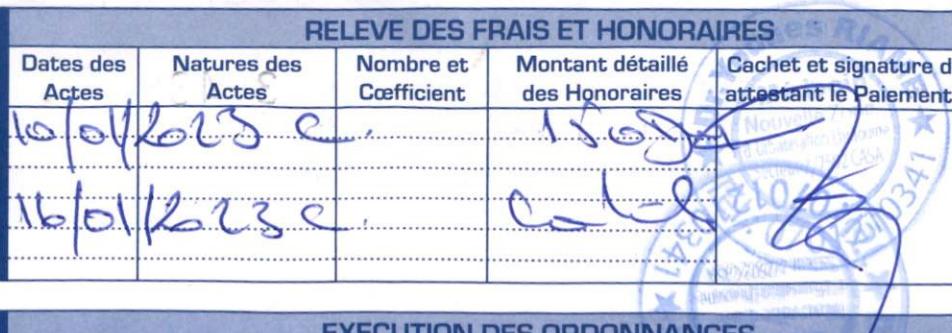
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

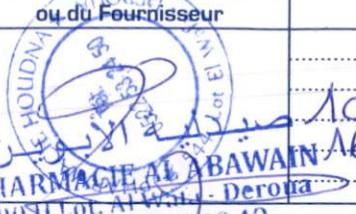
Fait à : 07/10/2013 Le : 28/10/2013

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
10/01/2023			156,00	
16/01/2023			0,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/2023	76,00 DH INPE: 062107792 362,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

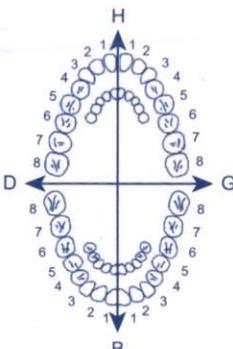
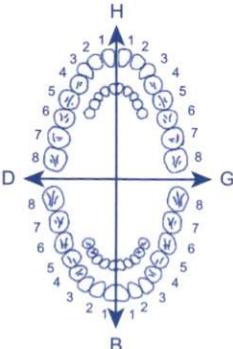
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور يونس رياض

طبيب سابق بمستعجلات مستشفى ابن مسيك
أخصائي حمية وداء السكري
متابعة الحمل الفحص بالصدى
متابعة ضغط الدم تخطيط القلب
متابعة الحساسية عند الأطفال
العلاج بالحجامة

600:472

La date : 10/11/23

Dr. S. S. R. M.D.



27,00

49,00

76,00 DH



طابق الأول (فوق صيدلية بن عباس)

07 01 2023

40,00

ن الـ

ORDONNANCE



....., Le : 16/01/2013

Nom :

Age :

SSANT. LARUM

21,00x6

SV

32
s

78.70x3
0.16

SV

PHARMACIE AL ABAWAIN
Babou Lot. Al Wala - Deroua
Tél: 05 22 51 40 49

Cachet

362,10

Date de prochaine visite:



PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3814

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041283

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3814

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés


6 118000 041283

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés


6 118000 041283

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3814

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3814

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3814

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

60 comprimés


6 118001 130153

78,70

242600060-02

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

60 comprimés


6 118001 130153

78,70

242600060-02

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3814

PHARMACEUTIQUE
80000 Lot, Al Wajh - Abawain
Tél: 05 22 51 40 49

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041283

242600060-02

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

60 comprimés


6 118001 130153

78,70