

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.

Matricule : **14115** Société : **RAO C**

Actif Pensionné(e) Autre : **Retraite**

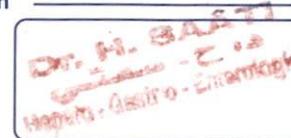
Nom & Prénom : **Rachid ALLALI**

Date de naissance : **02/06/1937**

Adresse : **Hay Nasser Bourguiba rue 16 N° 185 Ain el Odeh**

Tél. : **06 98 98 8267** Total des frais engagés : **1990 Dhs**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/01/2023**

Nom et prénom du malade : **Hank Fatima** Age : **69 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **maladie médicale chronique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la malade 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 : **20/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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
20/11/23	CG			<i>Signature et cachet du Médecin</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

20/11/23

990,10

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	TM	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
	[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



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

$$140 \times 2 = 280$$

11 sécables 20

$$28 \times 2 = 56 \text{ g} \text{ f.l.}$$

21 Glucophage 1000 (N° 2)

$$1340 \times 5 = 6700 \text{ mg}$$

31 levothyrox 50 (N° 5)

$$1340 \times 2 = 1460 \text{ mg}$$

41 Simvaceol 40 (N° 2)

$$3,8 \times 3,236 = 12,8 \text{ g}$$

51 Diamicron 60 (N° 3)

$$210 \times 2 = 240 \text{ mg}$$

Latano 100 µg (N° 2)
2 gouttes / jour

Le 20/01/2023

LATANO JP
Latanoprost 0,005%

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANO JP
Latanoprost 0,005%

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



78170

242600060-02

78170

242600060-02

LOT 221254
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221254
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

73140

73,40

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 211542
PER : 05-2024
PPV : 140.00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 211541
PER : 05-2024
PPV : 140.00DH

78,70

242600060-02