

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 de caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-783270

154683

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6828

Société :

R. A. M

RETIRATE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUINE chafik

Date de naissance : 4-12-1957

Adresse : 101 HABIBA N° 61

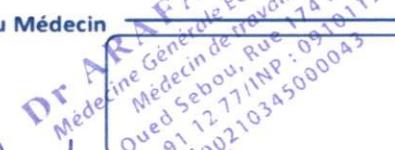
CP 881

Tél. : 0619659477

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20 (07) (2023)

Nom et prénom du malade :

Zouine chafik, Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Nevralgie branchede trachographie

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'adjudicant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

24 MAR. 2023

Le : / /

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 praticien attestant le Paiement de l'acte
20-01-2023	1-201-000	1	100000	INPE: 092010345000043

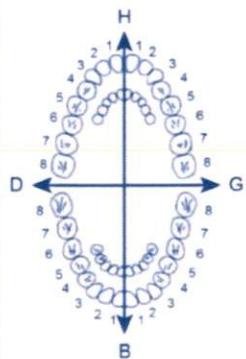
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA D'ABIDJAN Oued Daoua N°621 91 58 52 Habiba Tél: 05 22 91 00 24 INPE: 092010345000052	20-01-2023	1.271,50

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

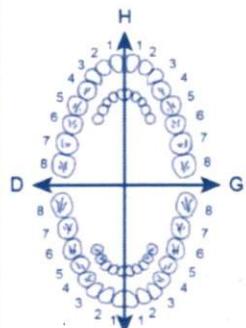
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le :

20/01/2023

الدار البيضاء، في :

VASELINE
casablanca
24

Zineb Chafika

152,00
1)

Auxib gel 150g



25,00

Mr 17ml

25,00 x 2

2) Codalfine el

Mr x 30/17ml

89,50

3)

New flex gel Rap

Mr x 21/20g

87,00

4)

Relaxivum gel

170g/17ml

7 640127 ISOPHARM
NEWFLEX GE.
RAFRAICHISSANT

02/25
LOT 210329

89.50 dhs

INP
LOT: 220597
DLUO: 07/2025
87,00 DH

oratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

49,00
5) Belmazal 20 B14 49,00
Médi材 / Belmazal 20 B14

427,50

DR ARAFA Sakina
Medecine Générale Echographie
Médarin de travail
Bd Oued Sebou, Rue 17A n°65
Tel: 022 911777 IND - 091011973
ICE: 00210345000043

~~PHARMACIE ANNASSIM~~
Pharmacie ANNASSIM
Bd Oued Daouz Lotissement
Mahiba N°62/2 Ouled casa
Tél: 002042097000024
Tél: 0522938458