

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RENBOURSEMENTS 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1512 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKHOTI TRI YOD 155740

Date de naissance : 1951

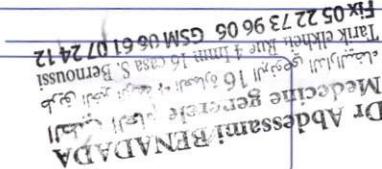
Adresse : TALIK EL KHEIR Rue 12 lot 29, App 2

Benoumi CASA

Tél. : 06 61 42 20 02 Total des frais engagés : 691,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/03/2023

Nom et prénom du malade : LAKHOTI TRI Salma Age : 15/09/2001

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bronchite → Dry wse

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CAS

"adhérent(e)" : TRI



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
20/08/16	C	160	160	DR Abdessamad

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ESSER 1, AVENUE DE NANTES 44270 SAINT HERBLAIN	29/03/2023	83,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 29/03/2023
الدار البيضاء في

Salma LAATHOITRI

140,00

- Oeill 20

rechell

290,00

- Agias

100,00

Clay

15

15

15

426,00

- Bouchokod

150,00

15

3420 x 2

110,00

- Skinasolie lotu

86,00

100,00

- Fito fab

31,00

100,00

الصيدلية
PHARMACIE ESSEHA

Omar BENNANI
Boulevard Hay Essalamai
Boulevard Talaat Hamoudi
Casablanca-Tel: 0522 372 255

Dr Abdessamii BENADADA
Médecin Général
Diplôme Médecine du Sport
Casablanca 22/03/2023
Dr Abdessamii BENADADA
Médecin Général
Diplôme Médecine du Sport
Casablanca 22/03/2023

16 رقة 4 فوق حمام الخيرس البروبي الهاتف: 0522739606 0661072412

16 rue 4 dessus hammam Tarik Ikhair Bernoussi -Casablanca-

Tel 05 22 73 96 - 0661072412

30g

LOT: 1777
PER: 01 - 26
P.P.V: 34 DH 70

LOT: 201160
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

PPV 7900170
PER 01/25
LOT L359

PPV 7900170
PER 01/25
LOT L357

LOT: 210927
PER: 12/2026
PPV: 79,80dh

 **Fitofer**
B9

EFFIPRED 20 MG
LAPROPHAN
EFFIPRED 20 MG
PPV 40DH00
EXP 02/2025
LOT 1N060 10

LOT: 1165
PER: 05/25
PPV: 42,60DH