

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.

M23-002788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3482

Société :

RAM AS7238

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADEL

Abdelhamid

Date de naissance :

18-04-1952

Adresse :

23 Rue Ibnou HABIB - CASABLANCA
MAARIF

Tél. : 0661311542

Total des frais engagés :

1069,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/03/2013

Nom et prénom du malade : ADEL Abdelhamid Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture

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 : Casablanca

Le : 10/04/2013

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

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie L. Rue Judal E-C Quartier L. 52362821 Casablanca	31/3/23	T. 1068,00

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

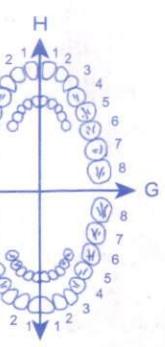
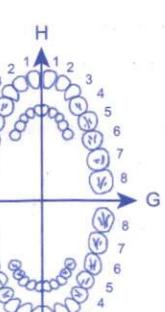
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td></td></tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
	<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>															
	<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

Le 31/03/2023

Dr. EL ALGIZI Zirouy Kacene
5, Rue Jdid Zerhane Les Arenes
Quartier Sajine
0522362824 Casablanca

Dr. EL ALGIZI Zirouy Kacene
5, Rue Jdid Zerhane Les Arenes
Quartier Sajine
0522362824 Casablanca

NO - DOL CODEINE
CP B20
P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

Xarelto® 10 mg / 10 caps
Rivaroxaban
P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 caps
Rivaroxaban
P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 caps
Rivaroxaban
P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090648

1/ Nootropil Costeni 88,00
1 p x 3 / 3 pdt 17,00

XARELTO 10 (347,00 x 3)

2/ Lovana 0,4 ml = 1069,00
1 ml / 1 pdt 1 ml

1 p x 1 pdt 30 francs