

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-773006

N 2453

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1227

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre : veuve

Nom & Prénom : AZAOUGH RFIKA

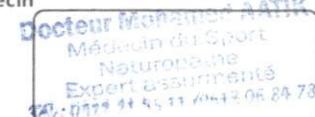
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 219454
0662 55339

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : AZAOUGH RFIKA

Age : Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gonorrhée

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.

17 AVR. 2023

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 : / /

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
15/02/2025		c	150.00	INP : 091000133 -
				Docteur AATIK
				Signature : 06/04/2025

EXECUTION DES ORDONNANCES

Décret du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/2/2015 23	389.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G <input type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="text"/>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine



الشافي هو الله

الدكتور محمد عتيق
دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 15.02.2023

A l'heure actuelle.

Lot: F182H
DLC: 07/2025

P.P.C : 183,00 DH

مطف لعن الماء

PPV: 87DH40
PER: 10/25
LDT: L3657

Diplôme en Médecine
CODAMOL PLUS
16 comprimés effervescents
P.P.V. : 28,80DH

مخابر كالينيكا - مص. أو.داد
uled Saleh - Casablanca - Maroc

PPV: 47,90 DH

Médicament
Juridique de Dommage

LOT 211483
EXP 04/2024
PPV 42.00DH



حي مولاي عبد الله شارع الخليل الزنقة 132 الرقم 6 - عن الشفاعة

052250 84 03 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 21 85 11 - الفاكس: 0522 21 85 11

Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 N°6 - Ain Chock

20480 - Casablanca - Tél.: 05 22 21 85 11 - Fax : 0522 50 84 03

Email : aatikmohamed@gmail.com

183, 75 Flex-tour cp n° 1
— 1x 11 ml
27.45 75 Dolicox 120 n° 1
— 1 gelule le matin apv
28.50 75 Lodamil flec n° 1
— 1x 31 jours
47. P 75 Defax 6 mg n° 1
— 2x matin 1x 12
42 — Kolest 20 mg n° 1
— 1 gelule 2x 11 apv

