

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1863**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mohamed M'hamed**

Date de naissance : **21/06/47**

Adresse : **Rue 144 N° 108 Ain chék casa**

Tél. : **0664330358** Total des frais engagés : **164682** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/05/2023**

Nom et prénom du malade : **M'HAMED Mohamed** Age : **76**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Appelation oculaire**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

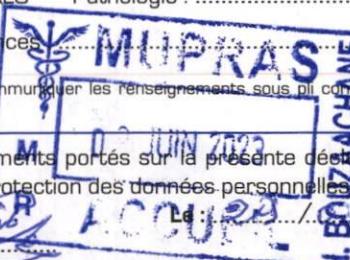
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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**

Signature de l'adhérent(e) : **DR J. ZAI**



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
29.05	C + K10		100,-	DR. J. ZAKI
2023	Fou S Soi L			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAF ASSOURI	29/05/23	1178.60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

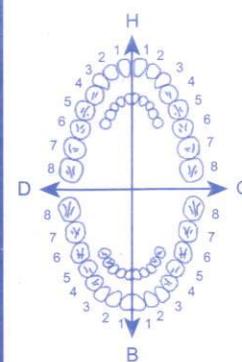
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

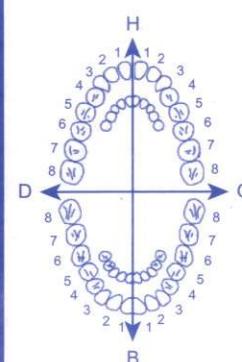
Il convient de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

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



Casablanca le : 25.5.23

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M.MANAR.....MOHAMED....

La somme de : Quatre cent Dhs
400.00Dhs

Pour : Consultation+k10 fond d'oeil

Cachet et signature

Dr J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 (LG) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091140186

Urgence 24/24



PT180205144141

Casablanca le :
29 mai 2023

MANAR Mohamed

named

658.00 329 X 2
SUVEAL DUO

1 comprimé le matin, pendant 3 Mois

4M.60 137.20 X 3

VASTAREL LM 35 MG

57

1 comprimé pelliculé lm le matin et le soir, pendant 3 Mois

109.00 21.80 x 5

ASPEGIC NOUR 100 MG

SV

1 poudre pour solution buvable 1 fois par jour, pendant 3 Mois

7728.60

78.60
~~PHONACIE HAY ASSOUROUR
1991 Operation Assourour,
GIZ Inm 12H - CASABLANCA~~

Dr J. ZAIM
Ophthalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Pétitions - Oasis - Casablanca
Tél: 0522 25 11 11 - Fax: 0522 25 11 16
INPE : 09 11 40 185

Urgence 24/24

OPHTALMED
PPC
329.00 DHS

OPHTALMED
PPC
329.00 DHS

137,20

137,20

137,20

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E003
PER : 06 2024
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E003
PER : 06 2024
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E003
PER : 06 2024
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E003
PER : 06 2024
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E003
PER : 06 2024
6 118000 061113