

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5425

Société : RAM 165822

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHA Nour El DINE

Date de naissance : 15-02-1961

Adresse : 311, lot 1 WAFIA ANF DEDOUA

Tél. : 06 26 54 77 05

Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Docteur ANIBOU Adib
Médecine Générale
Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca
Tél: 0522 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
19 MAI 2013

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie

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) :

Le : 20/06/2013

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19 MAI 2013 | C | | 15000 | DR ADRÉ ANTRALO Hôpital de la République Médecine générale |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| HARMACIE EL OUMOUR 244 LOUJDOUN Fix : 06.22.53.20.54 INPE:062095070 | 19/05/23 | 1593,20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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

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"/> |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate | | | | |

ORDONNANCE

Docteur ANIBOU Adib
Médecine Générale
Hay El Farah Rue 50 N° 22 - Casablanca
Tél: 0522 81 21 42 - M. 31.65.88
INPE: 991011348

le 19 MAI 2023

Mme BAHE Nouredd

N80,30 a/s

- T meq 160 1's

0 8B

30,00 a/s

1's 1cp/s

PHARMACIE EL OUOMOUA
244 lotissement el wafa
Fix : 05.22.70.20.54

22.70 a/s

1's Riu

5 < +3f 5B

1593,20

Cachet du médecin



LOT 210384
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

30,00
X
8 Ged



↓
(180,30
X
8 Ged)

22,80 x 4 bed

مختبرات الصيدلة فارما⁵
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول .