

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 à caractère personnel.

M.C M22- 0038254

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : RATM 169665

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAMI RAYFI CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : sidi HASSAN ESSAADI N° 225 casa

Tél. 06 14 29 41 89 Total des frais engagés : 1412,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M A R T A H S A A D I A Age: 67ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

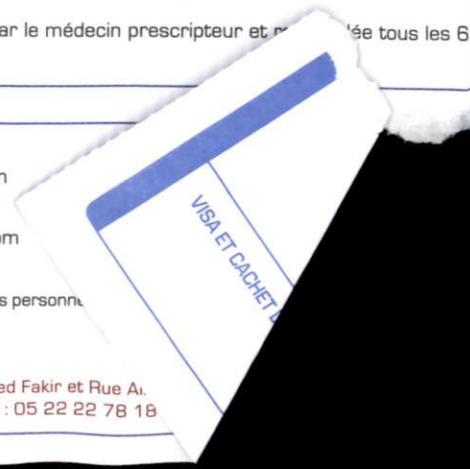
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 26/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

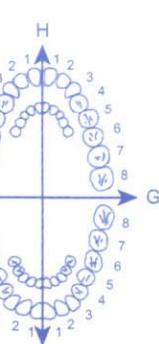
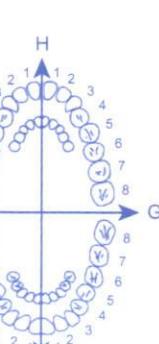
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 3553341,1	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

UN PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

en SR Le 26.6.27

Facture N°

PHARMACIE MAHMOUD

Mme. KHALIL Meryem

34, Lot Saâda III - Sidi Maârouf

Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca

ICE: 000482980000026

INPE: 092040989

MARTeL

SATIN

	Designation	Prix	Total
3	R7300 deg	27300	819.00
2	Relaxin 30g	870	174.00
1	FORxi Ga 10g	41900	419.00

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot Saâda III - Sidi Maârouf
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca
ICE: 000482980000026
INPE: 092040989

1412.00

" Arrêtez la présente facture
à la somme de zéro centimes
Cents douze DT ")

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot Saâda III - Sidi Maârouf
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca
ICE: 000482980000026
INPE: 092040989

1 x 3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluidec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS



8-956-73-260-1

1 x 3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluidec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS



8-956-73-260-1

1 x 3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluidec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS



8-956-73-260-1

A.S.

ordonnance / Liste II
وصرف نصف يومي ملحوظ
صادر عن



ical Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forviga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 18,00 DH



المعين والمصرح
بإعطائه

k