

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

M22- 0026115

168309

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 10356

Société: RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom: ERIAI AITI - RACHID

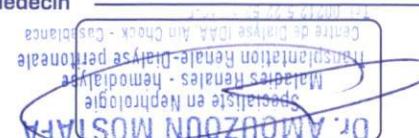
Date de naissance: 30-01-1965

Adresse: LOT EZZOU BIR RUE 11: 289 APT 1
OULFA CAS

Tél: 06 70012080 Total des frais engagés: _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation: 20/05/2023

Nom et prénom du malade: Ezzouachid Rachid

Age: _____

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: 20/05/2023

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
2010.5123	CS	154,50	154,50	DR AMOUROUN MOS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Manai Dr. Nalwa Bannani Bd. Oum Errabi 320 Tél : 06 22 93 28 28	2010.5123	178,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
	</td			



Ordonnance

Casablanca, Le

20/05/23

Mr Erraili Rachid



128.70

0-

CADELIUS



40 j. pd

PPV: 128,70 Dhs



0 - D - m - f - t -



14/05/23

reins

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

178.30

العنابة المتن
Pharmacie El Manar
Dr. N. El Bennani
320 Bd. Oujda Errabii, Oujda
Tél: 05 22 23 28 29

Centre de Dialyse IDAA
Transfusion Générale - Dialyse peritoneale
Médecine Rénales - Hémodialyse
Spécialiste en Néphrologie

Dr. AMMOUDOUN MOSTAFA