

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0006804

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	10679	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HMS
Nom & Prénom :		BENAISSA	
Date de naissance :		26/01/1976	
Adresse :		Habituelle	
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr Amal SALIM Médecine Générale Diabéologie Nutrition Angle Bd. Bourguiba et Rue Abouchoua Bld Fakir Apt. 4 - Casablanca Tel: 05 22 20 34 66 </div>		
Date de consultation :	18/07/23	Age :	
Nom et prénom du malade :	M ^e BENAISSA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	COVID		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
18/07/23	6		200,00
23			

**Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes**

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Morsad 93, lot. Bouchra Route 1100 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 32 19 29</p> <p>092043710</p>	18/07/2023	259,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين

الطب العام
داء السكري والحمى
الشخص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 18/07/23

Mme BENAISSA Hind

1) 49,90x2

S. V

Lithiumax 500

18/07 à J1

S. V

puis 1/2 80/j x 06jjs

2) 15,30x2

S. V

Vita C 1000 Boute

150 x 2/j x 10jjs

3) 49,60

D-Cue 100.000

4) 259,60

20,00 Tablette en 1 prise unique

4) Doleiquipex 50

18t x 3/j

S. V

Dr. AMAL SALIM
Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Angle Bd. Bourgogne 166, Rue Al-Bouchoucha
El Fardi, Appt. N° 4, Casablanca
Tél: 0522 321929

UT.AV.: 10 2024

P.P.V.

LOT N°: GP 9472

79 70

79/20

UT.AV.: 04 2024

P.P.V.

LOT N°: FY 4369

79 70

79/20

PPV 15 D 30

PER 05/26

LOT M1578

15/20

PPV 15 D 30

PER 05/26

LOT M1578

15/20

PPV: 20DH00

PER: 03/26

LOT: M927

PPV: 49,60 DH

LOT: 23C14

EXP: 03/2026