

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- Reclamation : 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.

AS : 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1050	Société :	Parc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL AIT RAK ABDELKADER	
Date de naissance :		1950	
Adresse :		N° 14 Avenue 2 Mars RASA	
Télé. :	0662347962	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	28/07/2023	Age :	73
Nom et prénom du malade :	EL AIT RAK ABDELKADER		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Tumeur du colon droit		
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 : CASA

Le : 17/03/2023

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
28/07/23	CS	5	500,00	Dr. ERGUISIER Professeur Chirurgie Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MINISTÈRE DE LA SANTE SÉCURITÉ SOCIALE MARS 2023	28/07/23	500,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

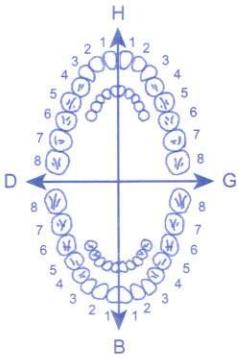
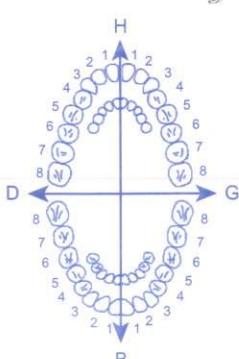
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				DATE DU DEVIS
FIN D'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	B	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
25533412	21433552			
00000000	00000000			
D				
00000000	00000000			
35533411	11433553			



28/02/2023

ORDONNANCE

M. EL AZRAK Abdellah

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
Oroken 200 mg cp pel b 8
P.P.V : 116,30 DH
Barcode
118000 061069

11 Oroken 200 g compr.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
Oroken 200 mg cp pel b 8
P.P.V : 116,30 DH
Barcode
6 118000 061069

14 + 21,

11 Flagyl 500 mg

6 118000 060062
P.P.V : 490DH
LOT : 22E035
PER : 11/2027

O CP PEL 820
FLAGYL 500 mg

14 + 21, 14 + 21,

LOT : M0067
EXP : JUL 2024
PPV : 195,50 DH

Avelox® 400mg
Moxifloxacin
7 comprimés pelliculés
Bayer S.A.
Barcode
6 118001 090020

Dr. ERGUZI DRISS
Professeur
Chirurgie Générale

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2025
LOT 2D023 9

as.s
NEOFORTAN
160 mg



160 x 2 JAR

576.20

PHARMACIE LISBONNE NADIA
SARL AU
Mme TAZI NADIA
18, Rue Abdellah Khadidji Casablanca
Tél: 05 22 83 02 75 / 05 22 28 93 76