

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 à caractère personnel.

N° W21-804527

174681

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7838

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMA ROUAFI KIRALID

27/07/1961

Date de naissance :

Adresse :

2 Rue Bourguine Rue Elmoek LICKAIA -

080 080 1150 ITADIA CASA -

Tél. : 0661 69 1766

Total des frais engagés : 404,30 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 Le 08/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Amal KIRALID

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
				INP : <input type="text"/>

PHARMACEUTIQUE
Dr. Samia
13 Bis, Rue de Rome
Casablanca - Tél.: 022 29 18

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
	24-9-23	441,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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	INP : <input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate the direction of treatment: H (top), G (bottom right), D (bottom left), and B				

PHARMACIE JARDIN ISESCO

FACTURE 0564

Casablanca, le 04-9-2023

Client: Amsaache Kholi

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Montant T.T.C.
1	Diphosone Ag 400	14,00	14,00
1	Rhumalgie 500	14,30	14,30
1	Litourneuse 500	16,00	16,00
			PPV:14DH00 PER:10/21 LOT:H2255
		PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :	PPV : 14 DH00 LOT AV : 03/2022 LOT : 190389
			LOT : 160215 PER : 02-19 PPV : 16.00DH
Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total T.T.C.	44,30	
Quarante quatre dinars et trente centimes			

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Total T.T.C. 44,30

N° 13 Bis, Rue de Rome - Casablanca - Tél.: 0522 29 75 45

R.C. : 371054 - Patente : 34470550 - I.G.R. : 859 05250

ICE:001982848000023