

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 508	Société : RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : AIT HEMMA	
Date de naissance :	
Adresse : H.D.Y. YASSINA A RECH M N YOUN	
Tél. 661 15 7612	Total des frais engagés : 18945 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :				
Date de consultation :	24/10/2023			
Nom et prénom du malade :	DARIA	Age :	17 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	HTA			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : HTA	
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 : 01/11/2023			Le : 01/11/2023
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
24/12/23	C		150 Dhs	Latifa BOUJSMAL Médecin généraliste Souscris EL HARTI, Rue 24/1 Tél: 05 22 59 44 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HADJ ALI Tél: 05 22 57 11 92 - Casablanca	24/12/23	1357,80

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Debut d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
				Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa Bousmar

Médecine Générale

- Diplomes Universitaires

- Diabétologie

- Hypertension Artérielle

- Echographie

Eléctro - Cardiogramme



الدكتورة لطيفة بوصمار

الطب العام

- حاصلة على شواهد جامعية

- داء السكري

- ارتفاع الضغط الدموي

- الفحص بالصدى

- تخطيط القلب

Ordonnance

Casablanca le..... 24/10/23

97mm

TARIF D'jjou

224.00 x 3

1) Exforge ~~5~~ 160 → 4p
1cp $\frac{1}{2}$ x 3mm

41.80 x 2

2) Arlacandyl ~~3~~ 40 → 4p
1/2 cp x 2 $\frac{1}{2}$ x 3mm

126.00

3) Celebrex ~~7~~ 100mg 4p
1cp $\frac{1}{2}$ x 3mm

75.50

4) Xycut ~~5~~ 4p
1cp x 3mm →



79,90 5) Relenza 100 mg

56,60 6)
x3

140 x
100
1/2 cplb



1357,80

Pharmacie Al OSRA
LA HARTI
034 Bd. Angais Ain Chock Al Harti
034 Bd. Angais Ain Chock Al Harti
Casablanca

LOT: 230559
PER: 07/2028
PPV: 79,90DH

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60
LOT: 23E002
PER: 04/2027

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60
LOT: 23E002
PER: 04/2027

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60
LOT: 23E002
PER: 04/2027

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 23E003V
PER: 12/2025

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 23E003V
PER: 12/2025



75,50
75,50
75,50