

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

- 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7238 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : El MASTOUR NADIA 185391

Date de naissance : 30/07/1959

Adresse : cité jalal decum jasmin appart 14 app. 25 casablanca

Tél. : 0669 99 06 05 Total des frais engagés : 1989,60 Dhs + 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Quatre Gougois KRAFES
Médecine Générale - Endocrinologie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage
Maârif Casablanca

Tél : 022 98 80 71 / 061 41 17 27

INP : 001614357

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : El MASTOUR NADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète et Dermatose

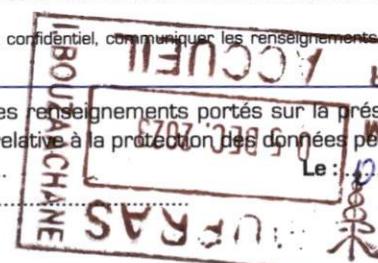
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

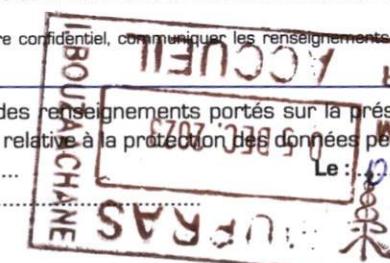
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 04/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :


El MASTOUR NADIA

 MUPRAS

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
27.11.23	1	1	100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.11.23	1989,60

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 24/11/23
 الدار البيضاء، في

El Restour Nader

58,50

(1)

Hypoxon 5000

1 ampoule/med x 3ml

43,30 x 3

(2)

A Ictog (SV)

1 cpl x 3/5 cpl ref 9

60,00 x 6

(3)

Obtuse, 3

(SV)

20,00 x 3

(4)

(SV)

colorectal 5/5

129,00

(5)

Dos Santos

64,40 x 2

(6)

log onte x 2mls

comme 1 ml ref 9

à réévaluer (cpl x 3/5 x 8 = 5)

2000

(SV)

140.00 X4

7

des soins

SV

289.60



PPV: 60DH00
PER: 06/25
LOT: M2225

PPV: 60DH00
PER: 06/25
LOT: M2225

HYDROXOCOBALAMINE BASE
PPV 58DH50

43.30

PPV 60DH00
PER 04/25
LOT M1327

PPV 60DH00
PER 04/25
LOT M1327

43.30

43.30

PPV 60DH00
PER 02/25
LOT M749

208.00

PPV 60DH00
PER 04/25
LOT M1327

60.00

208.00

PPV 60DH00
PER 07/24
LOT L2663

208.00

LOT 220659
EXP 11/2024
PPV 140.00DH

LOT 211953
EXP 04/2024
PPV 140.00DH

PPV 64DH10

LOT 200068
EXP 02/2025

N° de lot :

Date de péremption:

030423
03 2025

PPC : 129,00 Dhs

PPV 140.00DH
EXP 04/2024
LOT 211716

PPV 64DH10

LOT 2N0052
EXP 04/2025