

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.

M23-0027363

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAOUFI ABDELMEJID

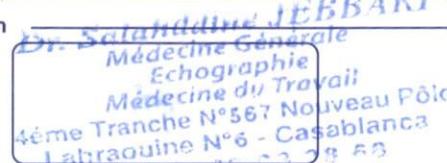
Date de naissance : 04-05-1953

Adresse : 48, RUE LAGARE (C.T.LAAIDI RI BERRECHID)

Tél. : 06 78 51 93 83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2023

Nom et prénom du malade : NAOUFI ABDELMEJID Age : 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

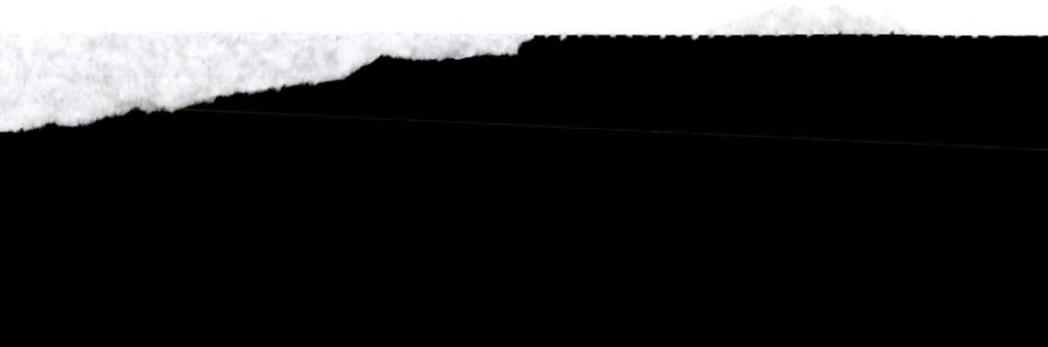
Nature de la maladie : H.T.A + Syndrome de l'ustu

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 DEC. 2023
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'exacuité 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) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Zineb Docteur Khalil Zineb 22 bd Mohammed V Télephone : 022.53.36.05</i>	<i>10/12/23</i>	<i>323.90</i>

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale



الطب العام

Echographie

الفحص بالصدى

Nutrition

التغذية

Diététique médicale

الحمية

Obesite

السمنة

Electrocardiogramme

التخطيط الكهربائي للقلب

Médecine du travail

طب الشغل

NAOUFI RI
Abdel Mejid.

Casablanca, le : 31/10/2023.

744.5

$$- \frac{ESA C = 20 \text{ ml}}{1 \text{ gbwL} \times 1 \text{ gbwL}}$$

21.00

$$- \frac{L'IRAT = 40}{1 \text{ CF} \times 21 \text{ gbw}}$$

5280
x 3

$$- S - p e r a m 5 \text{ mg}$$

C
= 223.40

Dr. Salahddine JEBBARI

Médecine Générale

Echographie

Médecine du Travail

4ème Tranche N°567 Nouveau Pôle

Lahraouine N°6 - Casablanca

Tél. : 06 66 03 28 68

Dr. Kadioti L. Zirreb
Pharmacie 2000
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Tranche 04 N°567 Nouveau Pôle Urbain Lahraouine - Casablanca

LOT: KA22711
PER: 07/2024
PPV: 52.80DH

756.627.07.16

x3 ←
Ged

01/2012
PER 12/24
PPV 14 ADH 50

144150



60019"

LOT 23069 PER 04/2026
PPV 21.00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable