

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.

M22- 0052818

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

188601

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5630

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKDZDEN Abdellah

Date de naissance : 01.01.1959

Adresse : HAY CHRIFA Rue 01 N° 147 API F
ASA

Tél. : 06 6571 33 64 Total des frais engagés : 1013.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BÉLGHAZAL Sarra
Médecine Générale
Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omariya
Hay Inara Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05 22 52 17 89

Date de consultation : 16.1.2023

Nom et prénom du malade : B. omzeh Karp. D. gnaie Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

ALC

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

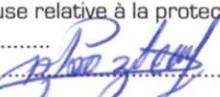
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

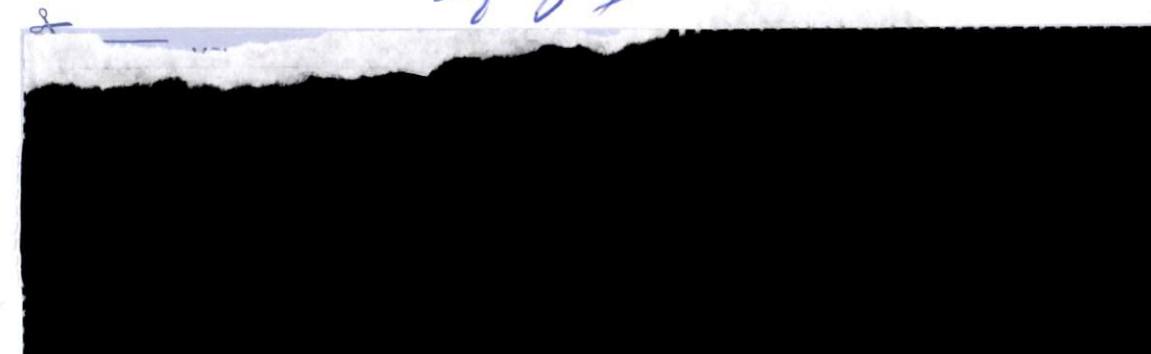
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 16.1.2023

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
16/12/2012	2	200,000		<i>DR. BELGHAZI, S. SANTA Médecine Générale Ave 49, N° Appt. 8 Lot 1 Saynara Alia Chock - Casablanca Tél. 05 22 52 17 89</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHRI</i>	16/12/2012	813,30
	23	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

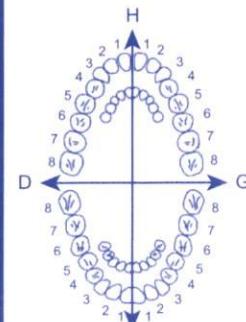
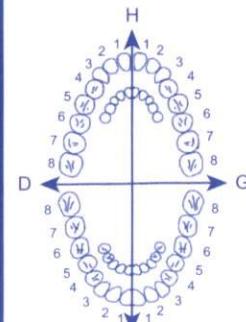
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
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

Ordonnance

Casablanca le : 16/12/2023

201,00 x 2

Banzehr. Asmae

6 Doffen & 100g

1 kg - 21g = 6

201,00 x 2

201,00 x 2

28,20
LOT
PER

61 x 2

121 x 2

121 x 2

201,00 x 3

LOT : 230798
EXP : 02/2025
PPU : 20.90DH

LOT : 230798
EXP : 02/2025
PPU : 20.90DH

LOT : 230798
EXP : 02/2025
PPU : 20.90DH

⑤ Relaxsol
53,10 ₦ 3 ₦ 3 ₦

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 23E010
PER: 04/2026
6 118000 060833

SV

⑥ Voltaren ₦ 0 ₦

66,80 ₦

LOT: M22116
EXP: AOU 2026
PPV: 66,80 DH

8 ₦

⑦ Imsolo P 20mg
139,00 ₦

LOT: M1151
PER: 09/2025
PPV: 139,00 DH

15 ₦

⑧ Peridys 0,1mg

1cm ₦ 3 ₦
38,10 ₦

M. BELGHAZAL Sarra
Médecine Générale
Rue 49, N° Appt. 8 lot. Omarie
Inara Al Chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 17 89

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V: 37DH10
LOT: 23E006
PER: 08/2025
6 118000 011255

SV

T: 813,30

