

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.244 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Moussaid ABDELLAH
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 150 594 60 Total des frais engagés : 744,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 19/02/2019
 Nom et prénom du malade : Mohamed Benabdellah Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : 19/02/2019

Signature de l'adhérent(e) : DR

196380

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
19-2-24	CS	150 dh		 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR PHARMACIE D'ARALIDA DR IRRISSEMEb AI ou rai N 161 Ain Chac- tan 05 77 50 32 33	19/02/2014	594,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital
Mohamed BOUAFI



الدكتورة لطيفة الباب

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبية داخلية سابقاً بمستشفى
محمد بوافي

ORDONNANCE

Casablanca, le: 19/09/2014 الدار البيضاء في:

Mme Bassma

Moussac

216,00

1) la roche posay gel Nettoyant

42,00

1 zapp sun ains du medecin

2)

IS talcine 100

76,00

3) weez

52,80

4) Prazol 2

33,90

7bel 66

5)

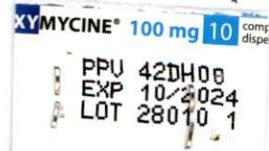
refresher

Dr. LATIFA LABIBE
Diplômée en Médecine et en Pharmacie
Spécialiste en Médecine Générale et en Santé publique
N° 219, Avenue Lahraouine, cité Djemaa (Sbaya), 1er Etage
Téléphone: 05 22 59 87 01

الطب العام
Dr. IDRISI Zineb
219, Avenue Lahraouine, cité Djemaa (Sbaya), 1er Etage
Téléphone: 05 22 59 87 01

6) 25,10
Filmagel
 7) 49,60 ~~23 mois~~
Dane fte 100000

2 Amp 15 ml Pdt
 ormeis pathogénies
 puis 1 Amp 1 mois
 Pdt 04 mois



Lot / Batch n°:

Exp. date:

76,00

PPC (DH):

PPV: 52DH80
 PER: 03/26
 LDT: M2622-2

594,60
 ماركت الدار
 DHARAMACIE D'AR AL IDAA
 Dr IDRISI Zineb
 May Aïn Oulal N° 161 Ain Chac
 Tel 05 22 50 32 33

33,90

PPV: 25,10
 EXP:
 Lot N°:

PPV: 49,60 DH
 LOT: 23H10

PPV: 49,60 DH
 LOT: 23H10
 EXP: 08/2026

PPV: 49,60 DH
 LOT: 23H10
 EXP: 08/2026