

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8126	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DANOU Farah			
Date de naissance : 27-09-1963			
Adresse : 14, rue de Florence			
Tél. : 672.79.55	Total des frais engagés :	300 + 740	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : CHERIF BEN MOUSSA CHIRURGIEN DENTISTE			
Date de consultation : 08 Fevr 2024	Nom et prénom du malade : DANOU Farah		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			Age : 51
Nature de la maladie : ostéoporose qui calcifie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute			
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**

Signature de l'adhérent(e) : **Farah**

VOLET ADHÉRENT

ACCUEIL
15 MAI 2024
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
08 FEVR 2024		C2	3000	INP : 090013321 CHERIE BEN MOUSSA RHUMATOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE IBN NAFIS 28, Avenue du 2 Mai Casablanca - Tel: 052 20 09 20	08/02/2024	T = 740,30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ST ADHERE

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	INP : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																										
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction)</td> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000		00000000					B	00000000		00000000					[Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	G	21433552																									
D	00000000		00000000																									
B	00000000		00000000																									
[Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA
Rhumatologue

**Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons**

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

**أمراض العظام و المفاصل
و العمود الفقري و العضلات**

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le 8 Fevr 2024 الدار البيضاء ، في :

PPC : 159,50 DH

159,50

DIAPOU PARTIE

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

193,60 x 3
Fosavance 5600

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

T = 740,30 JCP | Fosavance x 3 mg

DIAPOU

30 PHARMACIE IBN NAFIS
28, Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tel: 0222771444
CHERIF BEN MOUSSA RHUMATOLOGUE

44 ، زنقة المستشفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgentes du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax: 05.22.22.23.04

Email: hasnaab5@icloud.com البريد الإلكتروني :