

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 MUUPRAS 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.

MUUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Al Massira - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 10 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie

N° M21- 046423

bchahid dychoo, fr

199601

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3.10.2

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHID BASIDI

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : 216 lot. Montawakil des Bourazzas

CPA

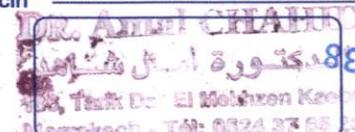
Tél. : 06 73 55 18 62

Total des frais engagés : 211 54, 80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2024

Nom et prénom du malade : Chahid Basidi Age : 78 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DJ + MTA

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 : Maroc Le : 20/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/02/2024

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
02/02/2024	C 1	150, 80		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/2024	2354, 80

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

UT.AV

P.P.V. :

LOT N° 98,90

X4 Ged

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca
Echographie Générale (FMPM)
D.U. de Gynécologie Médicale
et Infertilité Bordeaux (France)
D.U. de Diabétologie et Nutrition
Bordeaux (France)

Marrakech, le 02/02/2024

$$350,00 \times 3 = 1050,00$$

1) Emballe Reftumixard n°3

200mg le jet

$$98,90 \times 4 = 395,60$$

2) Avelor 10

$$140,00 \times 4 = 560,00$$

3) Dexes 40
1 up le jet

$$161,40 \times 3 = 484,20$$

4) Iup 150

2354,80

Mixtard® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 350 DH

8-0267-73-230-1

X3 Ged
6 118001 120246

Mixtard® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 350 DH

8-0267-73-230-1

6 118001 120246

LOT 221078
EXP 11/2024
PPV 140.00DH

EXP 11/2024
PPV 140.00DH

EXP 11/2024
PPV 140.00DH

EXP 11/2024
PPV 140.00DH

LOT 062
PER : MAI 2026
PPV : 116 DH 40

LOT 062
PER : MAI 2026
PPV : 116 DH 40

LOT 062
PER : MAI 2026
PPV : 116 DH 40

186، طريق دار المخزن القصبة أمام صيدلية الخليل - مراكش - الهاتف : 05 24 37 85 28
186, Rue Dar El Makhzen Kasba Face Pharmacie Al Khalil - Marrakech - Tél. : 05 24 37 85 28