

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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



60880

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1042** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **AIT MERIM Brahim**

Date de naissance : **01/01/1949**

Adresse : **Habousse**

Tél. : **0689629854** Total des frais engagés : **500,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **6**



Date de consultation : **17/3/2021**

Nom et prénom du malade : **AIT MERIM Brahim** Age :

Lien de parenté : **✓ Lui-même** Conjoint

Nature de la maladie : **DT2 + HTA**

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 17/3/2021** Le : **17/3/2021**

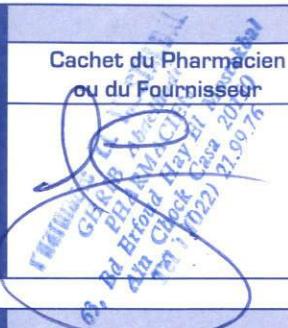
Signature de l'adhérent(e) : **AIT MERIM Brahim**



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
17/02/21			Générale	
				FIN 131065583

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/21	500,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

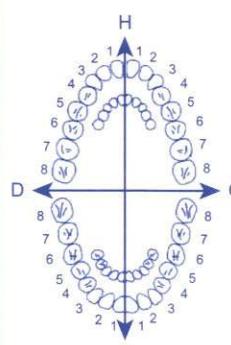
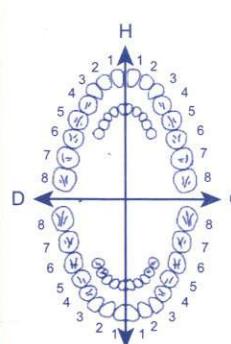
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533411 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	
	[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



N°.....

Date

17/03/2021.

Ordonnance

415 Ain Terjem Boushien

3X1097.0

1) Cointiflo

873014pl

2) Demofyz

8420

3) Demofyz poudre

500,60.

15

PHARMACEUTIQUE
GERIB ADELHAD
PHARMACIEN
63, Bd Erfoud Hay El Mostakbal
Ain Chock Casab 20150
Télé (022) 21 00 76

15

ROYAL PHARMACEUTICALS
Dr. YOUSSEF EL OUDI Zohra
Noureddine Cézair
CIS Les Crêtes - Ain Chock

15

Médecin Généraliste
CIS Les Crêtes - Ain Chock

21 jour

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

Dermofix® crème

Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259

LOT 24069
PER 06/26
PPV 8701150

87,20



Dermofix® Poudre

Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240280

84,20