

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1221 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YASSINE KAMIL

Date de naissance :

21.1.71

Adresse :

lot YOUSSEF, rue 2 n° 92, Casablanca

Tél. : 0668 71 41 028

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TOURIA MOONTASSIR
- Chirurgien Dentiste -
549, Bd. Abba Chouaib Doukkali
Drissia 2 - Casablanca
Tél. : 05 22 83 12 69

Date de consultation :

YASSINE Banaa Age : 20 ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

genc. dentai.

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 : 02/01/2024

Le : 02/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/2021	182,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. TOUFTA MOURAD
- Chirurgien Dentiste -
549, Bd. Abba Chouaib Doukkali
Drissia 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 83 12 69

ORDONNANCE

Le 27/1/24

YASSIR

Bana

~~PHARMACIE AERIA~~
~~Angèle 64, boulevard des Sables - Casablanca~~
~~Tel: 0529 13 33~~
~~El Aïd Laâbi Benchaâb - Casablanca~~

1) Augm. 100 - S.

64,80 x 100 2x1 8 j

2) Vitflav. Supp.

22,00 x 100 2x1

3) Isotol. 200 ml

40,00 x 100 fl

4) Dispur 250 - S

33,60 x 100 fl 2x1 8 j

Dr. TOURIA MOONTASSIR
Chirurgien Dentiste
549, Bd Abba Ouchiba Doukkali
Casablanca
Tél.: 0527 22 83 12 69

Cachet du Médecin

NIFLURIL

ENFANT

PPV 22DH00

EXP 08/2025
LOT 26076 2

4900

RPV: 64,80 DH
LOT: 652759
PER: 07/2025

في الحلط مع الماء : يحفظ في درجة حرارة أقل
25 درجة مئوية.
بعد الخلط مع الماء : يحفظ 7 أيام بعد أقصى درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية
quement sur ordonnances - Tableau A (liste I)
بصرف بموجب وصفة طبية

DISPAMOX® 250mg / 5ml

Poudre pour suspension
buvable - 100ml



6 118000 140191

