

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19- 0032840

N°D.
14921

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01313

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE

Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : N°56 EL WAFA DEROURA

Tél. : 0661155743

Total des frais engagés

492,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/11/2019

Nom et prénom du malade : ISMAÏLIL HASSANE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : BONC PTE + H. 15 MOLO 817-2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

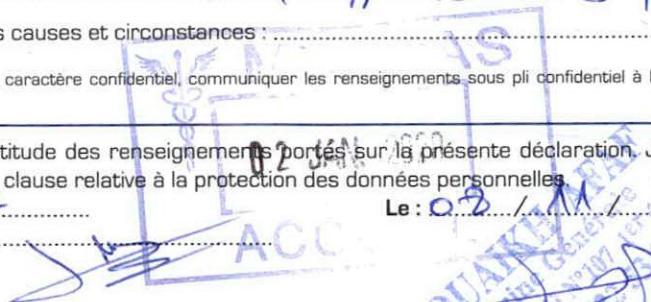
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DÉROURA

Le : 08/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
02/11/19	c		120 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/2019	3721.70

ANALYSES / RADIOGRAPHIES

ANNALES RADIOGRAPHIQUES			
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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Chouaikh AFAAF
Médecine Générale

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
 Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

الدكتورة الشويخ عفاف
الطب العام

107، تجزئة الوحدة II، الطابق الأول
 الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le 08/11/19
 الدروة، في 08/11/19

M. Malika Ismaïli

111.00

1. Eradin 500 mg

25.80

1er fl
 2. Drin exp.

SYNTHEMEDIC
 22-24 Rue Zouhair Ibnou
 El Aouam 20500 Casablanca
 PF P.P.V: 111.00
 LC PER :

56.20

3. Nasone 10ml

25/50

180,00
 378,70

4. Solfex 14

Distribue par MSD Maroc
 Flacon de 40 doses
 Suspension pour pulvérisation
 NASONE 50 µg/dose
 PPV: 56.20 DH



CHOUAIKH
 Médecine Générale
 Lot. El Wahda II, Deroua
 Tel. 0522 53 20 70
 Fax. 0522 53 20 71
 N°2101el

PHARMACEUTICAL INSTITUTE
 R.S. 203 Oum Azza Région Rabat
 LOT : BSA3901A
 PER : DEC 2020
 PPV : 180 DH 00

