

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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

19° = 1062

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13043

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Slimane

Al J. Radi

Date de naissance : 23/10/1990

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 466,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Coulon Naiid JOSTANE
Médecine générale
Hôpital Sainte
54 Rue Oued Saghro-Rabat
Tél: 0537 755 50 / 0537 68 31 39

Date de consultation : 7/01/20

Nom et prénom du malade : Ben Slimane Radi Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

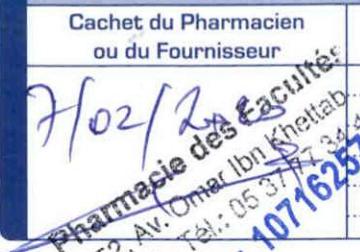
Signature de l'adhérent(e) :

10 FEV 2020
ACCUEIL SIEGE RAM

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
7/2/2023	1	150		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/2/2023	296,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

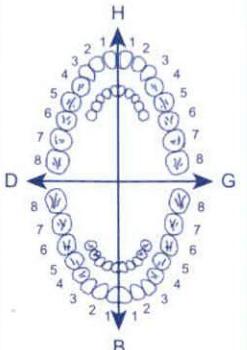
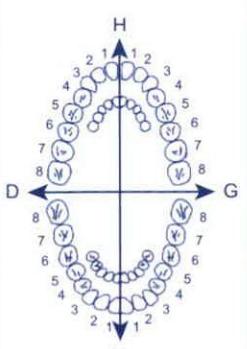
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'heure.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	D 21433552 00000000 35533411	G 00000000 11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
DATE DU DEVIS				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur COULON NAJID Josiane

RABAT Le : 7/2/20

**MEDECINE GENERALE
HOMEOPATHIE**

54 ,Rue Oued Sebou Agdal RABAT
TEL :05 37 77 59 56 /05 37 68 31 39
Ice0016981220084

Boujloud Als
Nels

01.50

1 - Antixtoot 112 de

ay le doz

3-
f = 296.10

23.20 Ipectine 500

2 - 19 dat d li
18.70

Pharmacie des Facultés
52. Av. Omar Ibn Khettab
Rabat - Tel.: 05 37 77 34 40

Coulon Najid JOSIANE
Médecine Générale
Rue Oued Sebou Agdal
Tél: 0537 77 59 56 /0537 68 31 39

Nasacort nasal

14.40 1 pell el dat

14.40 1 pell chape vire
6 - Dolypen 100
en crème dense

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Nasacort 55 µg, spray b 1 fl
P.P.V : 107.40



AIRLIX® 10mg

30 comprimés



6 118000 050964

LOT: 123
PER: MAI 2022
PPV: 91 DH 50

Spectrum® 500mg

Caffeine 10 Comprimés



6 118000 081456

83,20

Doliprane® 1000mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00

PER: 09/22

LOT: I1931