

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.

taire :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05064

25181

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

S. LAMNI

Abdelhak

Date de naissance :

1956

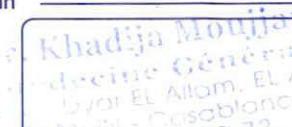
Adresse :

Halida

Tél. 0661854131

Total des frais engagés 7.302 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 01/03/2020

Nom et prénom du malade : Slaoui Abdellah, Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

220

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

MUPRAS

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 :

17 Mars 2020

Le : 06/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
06/13/2020	consultation	2 PK	1220.00	
		2 PK		

EXECUTION DES ORDONNANCES LOUFI IDRIS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE DE JASMIN Montant de la Facture
 PHARMACIE DE JASMIN METIL - CASABLANCA	06/03/20	630,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVÉ 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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— 00000000 00000000 B 35533411 11433553	G	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



Casablanca, le 6/3/2023 الدار البيضاء, في

N° 5 Bouni Abdellaziz

59,10 x 2

1/1 ciclovir 200 mg (S.V)

97,50 x 2 100 x 2 /

9/1 ciclovir 200 mg (S.V)

15,80 x 2 100 x 5 /

3/1 Dslipe (S.V)

63,20 x 2 100 x 3 /

4/0 Zytac (S.V)

79,50 x 2 100 mg x 1 m)

Dr. K. LEKHLOUFI IDRISI

PHARMACIE LE JASMIN

MELLIL - CASABLANCA

63020

Nisport 150

18 x 20 x 1 m)

LOT 19N035
EXP 11/22
PPV 97DH50

15 comprimidos

ue
LOT: 19C054 EXP: 09/22
PPV: 59DH10

TICLOVIRAL
Acido
LOT: 19C052 EXP: 09/22
PPV: 59DH10

LOT 19N035
EXP 11/22
PPV 97DH50

63,20

63,20

ViSport®
MAGNÉSIUM
VIT. B6

L 2169
P 03/22
79.50 DH

ViSport®
MAGNÉSIUM
VIT. B6

L 2169
P 03/22
79.50 DH

15,80
PPV 15 DH 80
PER 12/22
OT 12916
S 2

15,80
PPV 15 DH 80
PER 11/22
OT 12685
S 2