

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

Déclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32.1.6

Société : R.A.M.

UU398

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAYA B. Abdellmjid

Date de naissance : 04.02.1953

Adresse : Desb.elfoukara.nue 5 N° 04. cara

Tél. : 0661361373

Total des frais engagés : 973, 5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/9/2020

Nom et prénom du malade : TAYA B. S A I D Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Neurogastrodystrophique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

19.01.2020

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
17/3/2020	Actes	eu	18 000	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL M. DANIA BIOURI - Pharmacien Rue 29 N° 85 albancé.	17/09/80	823,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chèque 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 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 PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	35533411		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
35533411																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

Dr Rachidi Zafnoune Jamila
Médecine Générale



الدكتورة رشيدى زفونى جمila
الجيدى لـ الطـلبـاـعـلـمـ نـيـةـ
حسن الـدـيـورـىـ صـيدـلـىـ
PHARMACE LE MARDANIA
H. MARDANIA Pharmacien
Bouchentouf Rue 19 N° 85
Tel: 05.22.81.32.8 - Casablanca

Casablanca, Le :

17/9/2010

TAYAB. SAI 0:

93,00 x 5.

Tegretol 400



re noto
1922895

1/2 g/j le matin

1/2 g/j le soir.

03-
trois
mois

81,90 x 3

1/2 g/j le soir.

re noto
1922896

Aspirin.



60,00

1/2 g/j le soir.

Voltaren Emulgel



52,80

1/2 g/j le soir.

olades 20



✓ 823/2

دكتور زفونى زنقة 19 رقم 5 شارع بنى الجيدى الطالق الأول بدار البيضاء.
Derb Bouchentouf Rue 19 N° 5 1er étage Bd. Beni M'Guild Casablanca

Tél. C : 05 22 80 42 83



LOT : KA93750
PER : 10-2021
PPV : 81,90DH

بلاستيك سهابه

NOVARTIS
PPV : 93,00 DH

LOT : KA93750
PER : 10-2021
PPV : 81,90DH

LOT : M0373
EXP : JUN 2022
PPV : 60,00 DH

LOT : KA93750
PER : 10-2021
PPV : 81,90DH

بلاستيك سهابه

NOVARTIS
PPV : 93,00 DH

الصينية
ج. 14-15-16
PHARMACIE EL MADANIA
H. DIOURI - Pharmacien
Bouchentouf Rue 20
Tél: 0522281322

بلاستيك سهابه
NOVARTIS
PPV : 93,00 DH

بلاستيك سهابه

NOVARTIS
PPV : 93,00 DH

LOT 191340
EXP 04/2022
PPV 52.80 DH

كمبوند

NOVARTIS
PPV : 93,00 DH