

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-

044583/2932

Optique 63689 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1932

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aïcha H. M. Remed

Date de naissance : 15/04/1975 CASABLANCA

Adresse : 89 Rue 6 HAY EL ALIA A TL OUL FA

CASA BLANCA

Tél. : 0664662230 Total des frais engagés : 500,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2021

Nom et prénom du malade : Aïcha H. M. Remed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néphrite

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 : CASABLANCA Le : 16/10/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/03/2011 | c | W 9 | | DR. VADIS Médecin Chirurgien Dentiste Praticien Médical C/S Et Fair |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| El Oula - 05/2011 | 16/03/2011 | 500,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le : 16/01/14

4940

Anhée Hora

2
20,00 x 3



2 DR MED NADIA SOUADE

Alexandria



45,00 DR MED NADIA SOUADE

Alexandria



37,20

Anhée



30,30

Anhée



48,00

Anhée



28,10

Anhée



33,00

Anhée



25,00

Anhée



DR MED NADIA SOUADE
El Oufia - Casablanca
Tél : 05 22 94 33 34

DR MED NADIA SOUADE
El Oufia - Casablanca
Tél : 05 22 94 33 34



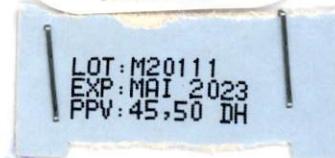
10 - ٢٣٢٦

69,00
300,50

LOT: 20181 PER: 10/2022
PPV: 60,00 DH



(Sv)



Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophthalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20 6 118001 200818

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarol 4 mg. cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Lot: W N 0255
Fab: 12 19
Exp: 12 21

PPV: 30 DH 30

49,40

25,10

48,00

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050

PHARMED | LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

A24050