

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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 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

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.

Nº P19-

065596

65810

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1273

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANSOUR

slimed

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : Lissaspa lot Agence Urbaine N°

Casa

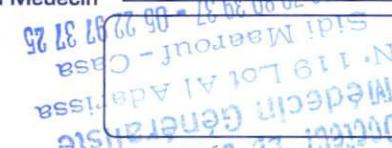
Tél. : 0669113067

Total des frais engagés :

5 AVK. 2021

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2021

Nom et prénom du malade : MANSOUR AHMED

Age : 71 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lombosciatalgique

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 : Casa

Le : 05/09/2021

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
03 04 2021	C 1		150,-00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QODDOUS	03/04/2023	458,20
Dr. Mme DINAR Aziza		
Lotissement Youssra, Lot 115,		
Zoubir - CASABLANCA		
Tél: 06 22 82 26 75		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXiliaires médicaux

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

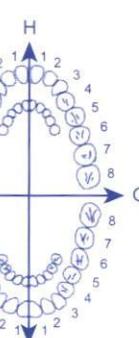
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte praticien 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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL JABIRI MINA

Médecine Générale

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE

D'ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 03/04/2021 الدار البيضاء، في :

ORDONNANCE

45020 ✓ MANSOUR AHMED

307,00 Dr. Min Lotissement Zoubir - CASABLANCA Tél: 05.22.93.26.75

1) - Lyrica 75 mg 1500 - 1000

Le prix n'a pu être joint
Cause omission de la
boîte au niveau de l'injecteur
à l'urgence Hop. Hassan
El ouelfa

56,60 Dipros

37,00 Duoxal 4 1cp x 31 37,00

(28,80 x 2) 1cp x 31 28,80

4) - Vitameng fit 1cp x 31 28,80

دورة رقم 119 - سيدى معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 37 25 - المحمول : 06 70 80 39 37
N° 119 - Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél. : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37