

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

La 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-587729

69982

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

4856

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHABBAR

MOSTAFA

Date de naissance :

18/05/61

Adresse :

Tél. : 0661 965346

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

BENDOUROU

Age: 60

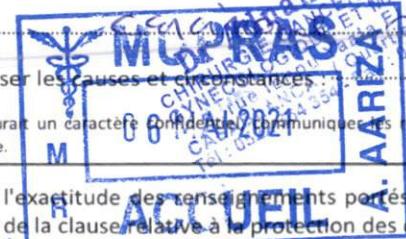
Nom et prénom du malade :

Lui-même

Enfan

Lien de parenté :

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'att

médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

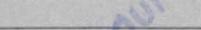
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



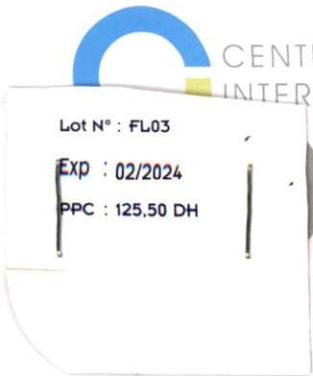
Le : 01/05/21

ANNEXE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/2011	GYNÉCOLOGIE			Dr Adnan AG CHRURGIE GYNÉCOLOGIQUE CASTELJALOUA - Tel: 0522 62 35 44
				INP : 09 100 Boby
				CHRURGIE GYNÉCOLOGIQUE CASTELJALOUA - Tel: 0522 62 35 44
				CHRURGIE GYNÉCOLOGIQUE CASTELJALOUA - Tel: 0522 62 35 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/1/21	356.40

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 d'état.																					
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS																
					DEBUT D'EXECUTION																
					FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
					MONTANTS DES SOINS																
					DATE DU DEVIS																
					DATE DE L'EXECUTION																



CENTRE
INTERNATIONAL

Lot N° : FL03

Exp : 02/2024

PPC : 125,50 DH

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

LOT
EXP
PPV

202576
11 2023
30.60



Casablanca, le

17/2/2021

Flu. 80

- Sepcén 500 mg

1cp x 2/j

Dr. Adeline AFIFI
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE CANCER ET MAMMAIRE
8 Rue Yassine El Hana - Casablanca - Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355
C. SA. SV
Tél : 0522 364 354 - Quartier Racine 10
Casablanca - Maroc

Lot N° : FL03
Exp : 02/2024
PPC : 125.50 DH

30.60

- Nalgesic

1cp x 3/j

SV

(1 boîte)

LOT:05820018
PER:12/2023
PPV: 74.80 DH

125.60

(du Berom)

SV

202 - Ferlips

gel le matin

(pdt 1 mois)

PHARMACIE EL MOULAY
Rue 2 Al-Moulay Ali Ben Abdallah
Tél : 0522 39 91 24
El Hana
Boucheira
Casablanca

356 X6

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Pharmacie EL MOULAY
Rue 2 Al-Moulay Ali Ben Abdallah
Tél : 0522 39 91 24
El Hana
Boucheira
Casablanca

Dr. Adeline AFIFI
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE CANCER ET MAMMAIRE
8 Rue Yassine El Hana - Casablanca - Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355
Casablanca - Maroc

dh AKDITAL
Acteur de Santé