

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 W19-579037

71440

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00683	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 B ^e DE BORDEAUX ETG 5 APP N ^o 10 CASABLANCA.			
Tél. : 05 22 26 82 80	Total des frais engagés : 496,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	BÉZIB CAHILA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age :	69 ans
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'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 : 21/04/2021
 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/2001	496,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Docteur Abdelhalim OTARID
NEURO-PSYCHIATRE
Expert diplômé de
L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطارد
أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية
محبوب حربج
جامعة روني ديكارت (باريس)

LOT : 201423
 UT AV: 10/2022
 PPV: 220,00DH

Casablanca, le 18 MAR 2021

الدار البيضاء، في

220,00 BAZIB LaMila
 1) Ispein 4 → AS

003216165
21/04/2021

196,00 LOT: PADD015
 PER: 10-2021
 PPV: 196,00DH
 Synapt 1w → 1g b/m

003217165
21/04/2021

57,30 Noginan 1w → 1g b/m

003218165
21/04/2021

93,10 dysmuse 10 → AS

003219165
21/04/2021

496,40 Mar Gauthier 814 3w
 1g / i mi namane → AS

003219165
21/04/2021

Docteur Abdelhalim OTARID
 Neuro-Psychiatre
 75 Rue TAHA Houchine (ex.rue galilée)
 Casablanca - Tel: 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE

139 BD MOULAY YOUSSEF

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310

N° CNSS : 6387733

Tel : 022222725

Fax : 022480768

AOUAD MHAMED

I.C.E. :

N° ICE 001597613000058

Le : 21/04/2021

FACTURE N°: 7592/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	ISPERID 4 MG BT 30 CPS	220.00	220.00
1	SYNNAX 100MG/30 CPS	196.00	196.00
1	NOZINAN.100 COMPS/20	57.30	57.30
1	LYSANXIA 10MG COMPS/40	23.10	23.10

TVA 7%: 32.47

Total : 496,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE CENT QUATRE-VINGT SEIZE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
Selma Cherif D'ouazzane
Dotteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Casablanca - Tel: 05 22 22 27 25