

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.

rmacie :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére 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 : 1461 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR IMANE Ahmed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Ville N° 5 Rue Sadeq AL WAHDA LOT

REGALAGA BENRECHID

Tél. : 0661.052.142 Total des frais engagés : 1360,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : BENRECHID

Le : 16/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

86131

Conjoint
R.A.M

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
11/08/21	CS + ECG		# 250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2021/08/18	1610,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

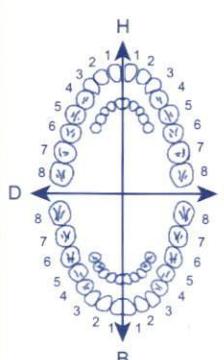
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, 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				Coefficient DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
H	21433552											
25533412	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								



Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : 11 août 2021

Mr. IMANE AHMED

REGIME PAUVRE EN SEL

SULIAT 160/5MG

1 Cp/J matin à jeun

KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à midi

SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à midi

ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

OEDES 20MG

1 Cp/J le soir

COSTAL 40MG

1 Cp/J le soir

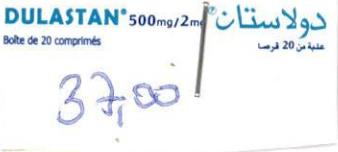
DULASTAN 500/2 MG

1 Cp X3/J pdt 10 jours

Traitements pendant : 3 Mois

TOTAL : 1610,10 DA

Dr. IMANE ZINEB
Site Pharmacie 12 Grand Boulevard
15145 Casablanca - Berrechid
Tél. : 0522 32 83 03 - 0522 32 83 33 - N.P.E : 062105036



SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : 21E001
PER : 02/2024

6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : 21E001
PER : 02/2024

6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : 21E001
PER : 02/2024

6 118000 060154

LOT : 210600
PER : 12/2023
PPV : 140,00DH

LOT 201157
EXP 04/2023
PPV 52.80DH

LOT 210522
EXP 02 2025
PPV 46.70 DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E002
PER : 09/2022

6 118001 081189

LOT 201565
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E002
PER : 09/2022

6 118001 081189

185,20

LOT : 201417
UT AV : 10/2023
PPV : 155,90DH

PPV : 155,90 DH

LOT : 201417
UT AV : 10/2023
PPV : 155,90DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E002
PER : 09/2022

6 118001 081189

185,20