

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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

Nº W21-658646

1050 60

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1A060	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KARROUR IMANE
Nom & Prénom : KARROUR IMANE			
Date de naissance : 21-07-1975			
Adresse : 9 Rue Smaïn el hananai - quaihen mââid casa			
Tél. : 0665 12 2715	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	04/01/22		
Nom et prénom du malade :	KARROUR. IMANE 1975		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 45
Nature de la maladie :	Concile 10		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	13-FV-2022		
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 :	Le : /		
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
2022/09/20	C		ca	IN 10 19 10 06 441
2022/09/22	C		ca	DR M. Malherbe Délégué de la Chambre des Médecins

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE VARIOUS ET MANSAOUR Zineb BENNIS	2022/09/20	268,70

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

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 prie 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 l'O.D.F				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>
H	25533412	21433552	G	<input type="text"/>
D	00000000	00000000	B	<input type="text"/>
	35533411	11433553		<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			<input type="text"/>
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

ORDONNANCE

Le : 04/01/22
 161, 05 22 25 52 04 - Casablanca
 63 - 65 Bd Yacoub El Mursi
 PHARMACE YACOUB EL MURSI
 Mme BENNIS Zineb
 KARROUZI Pharmatech

Le : 04/01/22



29/01/2022 N° AZR 457 N° 2.
 1000 mg 1000 mg 1000 mg



1000 mg 1000 mg 1000 mg N° 2.
 1000 mg 1000 mg 1000 mg N° 2.
 1000 mg 1000 mg 1000 mg N° 2.

23.60

11 (cardio) P.R.

14.00
268.50



Dr. Malika BEKHAR
 Médecine Générale
 S. Mechouar - Casablanca
 Santé * Délegation El Fida Mts Sutan
 S. Mechouar - Casablanca

1000 mg 1000 mg

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2177

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 10/2024
LOT 19035 25

79,30
PPV 79DH70
PER 08/24
LOT K2177

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 18041 6

14,60
PPV 14DH60
PER 11/24
LOT K3139

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 08/2024
LOT 18066 4

20 comprimés effervescents

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 09/2024
LOT 18066 20

20 comprimés effervescents