

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.

Diologie 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 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-

063177

109896

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7273

Société : RAM

Medicant
medicant
adults

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MÉHATIDRA

Mehdi Eddine

Date de naissance : 03/07/1950

adults

Adresse : Dernier CHALLEF Rue 43 N° 2 Casablanca

Tél. : 06 28 50 42 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ABDELLI YASSMINI
Né en 1964 Généraliste
Secteur 10, n° 15, Appt 1 Andalou
Erbahina - Dar Bouazziz
Tél. : 05 22 69 22 77

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2012

Nom et prénom du malade : Tengere Dahbié Age : 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Epigastrique, Artrose

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 :

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
8-2 22	C	1	G	Dr Afaf EL YASMINI Médecin Généraliste GH 1, Imm 10, Bât 1 Andalou Errahma, 10 Bouazzzi Tél: 05 22 53 22 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Tel : 05 55 22 11 11	Date	Montant de la Facture
Mr EKADRI AOUEDACH Lamine Pharmacie Universitaire Jerd Chalif - Casablanca 107, Rue Jabbal Aguerir 08/02/22			1134,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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:

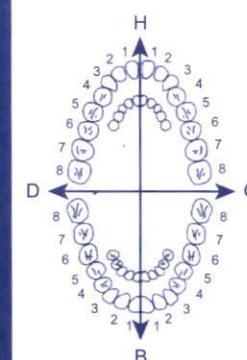
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

ORDONNANCE

Le

8.2.22

Zenzane Dahbra

- Alnox - Octesta

mg 15

- Alfarmox

10 mg

- Class

mg 15

- Flagyl

mg 15

- Ketoconazole

100 mg



PHARMACEUTICAL CHAMBER
Dr. El KADRI AGUECH LELIE
24, Rue Jaber Anssari,
El Ghazl, Casablanca
Tel: 03 22 25 28 51

Dr. Aral EL YASSMIN
Medecin Generaliste
Ch 1, Imm 10, Avenue Abdellatif Andalouzzi
El Rahma, Casablanca
Tel: 03 22 27 77

LOT : 2840
PER : 08-23
P.P.V : 65DH00

LOT 201584
EXP 05/2023
PPV 75,00 DH

Lot:
A consommer de préférence avant le:
PPC:

LOT : 210777
PER : 10/2024
PPC : 79,50 DH

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V 49DH00

6 118000 060062

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V 49DH00

118

LOT : 2840
PER : 08-23
P.P.V : 65DH00

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Bouteille de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Bouteille de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH

6 118000 191001



Chondrospen Curaflex

rolls

Dr Arafel YASSMINI
Médecin généraliste
1 Andaleou
Bar Bouazzz
05 22 69 22 77

Lot n° :

55,10

EXP :

PPV :

6118001320158

PPV 74,10 DH
EXP 12/2023
LOT 210610

78,00

18/0

Doux jeté
algodones ls

169,15
rolls

Carboxane

2 - 0 - 5

29,00
134,95