

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

- 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.

N° M20- 0005581

*MUPRAS
RECEPTION* 119806

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1369**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Rim Aoui RAHAL**

Date de naissance :

Adresse : **11ABITU ELLE**

Tél. : **05 22 53 24 40** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/06/2016**

Nom et prénom du malade : **Rim Aoui RAHAL** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA - goutte, lèvre

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 : **D.Roua**

Le : **21/10/2016**

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
10/08/22	CS	1	15000	<i>DR. A. REUR MED. LOT 16. 05/22</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	10/6/22	341.90 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date: 10/05/22

Nom: Rimaoui zohra

$$31,30 \times 3 = 93,90$$

1) Zytomic 200g SV

Mj le 22/5 - 3800

$$65,40 \times 3 = 196,20$$

2) Penonethic 80ml

50,00 Mj le 22/5 - 3800

3) Voltadene 100g SV

341,90 Mj le 22/5 - 10

Prochain rendez vous : الموعد المفضل:

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة سابقا

المركز الاستشفائي ابن رشيد البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Lot: 10452
Exp: 07 2023
Fab: 08 2020



Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg

cp pell b30

P.P.V: 65,40 DH



Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg

cp pell b30

P.P.V: 65,40 DH



Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg

cp pell b30

P.P.V: 65,40 DH



ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO

6 118000 022244

LOT: 202075
EXP: 09 2024
PPV: 31.30



LOT: 211105
EXP: 04 2025
PPV: 31.30



LOT: M21097
EXP: MAY 2024
PPV: 52,00 DH

Voltaren® 100 mg
10 suppositoires



Lot: 10451
Exp: 07 2023
Fab: 08 2020

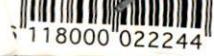


Exp: 07 2023
Fab: 08 2020



ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



LOT: 213577
EXP: 01 2023
PPV: 31.30

31,30

