

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 | : 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. -

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6713		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJOULARDA FATHIHA			
Date de naissance : 28/04/1960			
Adresse : 143, Résidence CHAMSI 1, APP 7, CITE OUAFAE Marrakech			
Tél. : 06 6141 69 98		Total des frais engagés : 500 + 353,70	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : dr. Najoua GHAZAL Psychiatre - Psychothérapeute 17, Rue Najib Mahfoud, Ou. Gauthier Tel : 05 22 22 11 21 - Fax : 05 22 27 27 15 Casablanca	
Date de consultation : 16/06/2022	Age:
Nom et prénom du malade : Hajoula Rida Fathia	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : Anxiété	
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Marrakech
Le : 16/06/2022
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
Le 16/06/2022	C 3		500 DT	INP : 091862151 Dr. Najoua GHAZAL - Psychothérapeute - Psychiatre - Mabhoud, Qu. Gauthier Casablanca - 221121 - Tel/Fax : 05 22 22 27 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA CORNICHE EL ADRAOUI RACHID Angle Bd. My Youssef Residence Bella Costa - Mohammedia Tél/Fax : 05 23 32 91 99 pharmacielacorniche@gmail.com	26-06-22	353,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

HAFOURADA Fatima

Dexadrol 25 →
83,70 x 3 DATE: 16-06-22
1/pepsoir

Dexadrol 25 →
50,30 x 2 DATE: 16-06-22
1/pepsoir Si btein

Repose 6 →
T= 353,70
1/pepsoir Si btein

Casablanca, le

16-6-2022

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 649078
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 647669
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 649078
6 118001 140237

PHARMACIE LA CORNICHE
EL ADRAOUIR
Angle Bd. M. Youssef
S. Bella Costa - Rabat
Tél/Fax: 05 23 32 91 99
pharmacielacorniche.com

LOT: 0093
EXP: DEC 2026
PPV: 51,30 DH

LOT: 0087
EXP: JUN 2026
PPV: 51,30 DH