

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

- Reclamation : 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.

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 : 9320 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RANHALI Abdellah

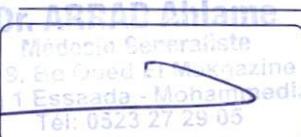
Date de naissance : 1952

Adresse : Rue 1 N° 26 Diouf LAKRAM Mohamed

Tél. : 0662813518 Total des frais engagés : 180,00 + 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : Ibtisam fatima Age: 60 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabétique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 11/05/2022 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
31.10.15 Dall			150.00	DR ABBAD ALLAH Médecin Généraliste 219 Bd Oued 591 Essaada - Mohammed Tel: 0523 27 29 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/5/22	180.00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ARRAD Ahlame

Médecin Généraliste

219, Bd Oued El Makhazine Etg 1

Essaada - Mohammedia

Tél.: 05 23 27 29 05



الدكتورة عراض أحلام

طبيعة عامة

219. شارع واد المخازن الطابق الأول

السعادة - الحمدية

الهاتف: 05 23 27 29 05

Ordonnance

Mohammedia, le 31.05.2011

Khayat Fatima

PHARMACIE DE L'Hôpital

Quartier Nicolas Flue La Fontaine

Quartier Nicolas Flue La Fontaine
No 56,57 MOHAMMEDIA

Tel: (03) 31-51-68

Act Day

20,0

20.00

My cedar
Giant cedar

chloride

MAPS \rightarrow \mathcal{L}

On call plus

160.00 ~~W~~

180.00

On call

for the lake

2000 (2000)

1130389302

On Call® Plus
Blood Glucose Test Strips

[REF] G133-111

[LOT] 1692339

[EXP] 2023-12-07

REMBOURSEÉ
par la
MUTUELLE

PHARMACIE DE L'HOPITAL

صيدلية المستشفى

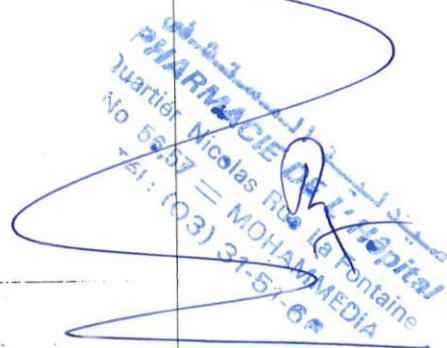
FACTURE

NOM : KITIAT. Fatima

N° 205/22

DATE : 31.12.2022

Désignation	Quantité	P. U	TOTAL
Ami Catt Plus 50	1	160,00	160,00



TOTAL FACTURE : Annexe la partie facture a
la somme de Cent Seixante Dir
 Quartier Nicolas Rue La Fontaine N° 56 - 57
 Tél 05.23.31.51.66