

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

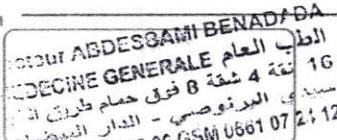
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

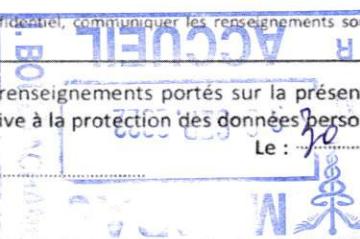
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-621402

13/12/28

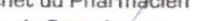
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1512	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAKHOTRI Saad
Nom & Prénom :		LAKHOTRI Saad	
Date de naissance :		1957	
Adresse :		TARIF ECHIQUET RUE 12 10728 AP-8 BENIASSI CSA	
Tél. :		0664422002 Total des frais engagés : 1160,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation :	16/10/2009	Age :	1060
Nom et prénom du malade :		LAKHOTRI Saad	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		HTA Complice HTA Sévante	
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 :	Cher
Signature de l'adhérent(e) :	
	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE Omar BEN RUE 108 Casablanca	16/10/2022	1000,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

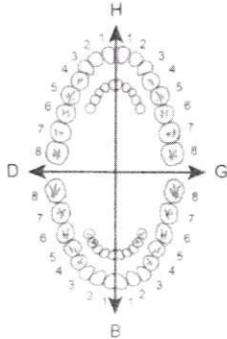
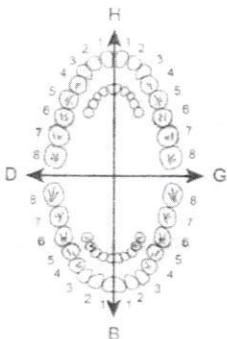
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																		
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table border="1" data-bbox="1531 919 1758 1076"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D																					
	B																					
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	G																					
	B																					
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
			<input type="text"/>																			
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																		
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																		



ORDONNANCE

Casablanca, Le 16/09/98 الدار البيضاء، في

LAKHOITAI Saadie

ش. ب. PHARMACIE ESSEHA

 Omar BENNANI
 1 Rue 108 Hay Essalama 1
 Casablanca - Tél.: 0522 373 266

14740 x 2 - Rogat 10 S.V. 2h

2460 x 2 - Lasilina 10 S.V. 2h

9940 x 2 - Bonfex 150 S.V. 2h

2280 - Cortacig 150 S.V. 100 2h

15800 x 2 - Cationorm 200 S.V. 2h

9900 - Oest 20 S.V. 2h

100060

Doctor ABDESSAMI BENADADA
 MEDECINE GENERALE
 الطبع العام
 16 شقة 4 شقة 4
 شارع طارق الخير
 سعدى الروحاني
 الدار البيضاء
 تل: 0522 73 96 06 GSM 0661 07 21 12
 م.م

16 رنقة 4 فوق حمام الخير س. البرنوسي - الهاتف : 05 22 73 96 06

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
PER:12/2025
LOT:22E002
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
PER:10/2025
LOT:21E017
6 118000 060468

عن طريق الفم
Bonfix® 150 mg
Acide ibandronique
1 comprimé pelliculé
6 118001 272051

1 T 210828
ص 01/2024
PV 99.00 DH

N° : 0103805
: 06/2021
: 06/2024
(Dhs) : 99.40

Lot N° : 0103805
Fab : 06/2021
Per : 06/2024
PPV (Dhs) : 99.40

CORTANCYL 5MG
CP SEC 830
P.P.V:22DH80
PER:10/2024
LOT:21E009/
6 118000 060345

Sanofi
PPC 158,00 dh
onorm®
PV: 147DH40
ER: 10/23
OT: K2070-2

158,00 DH

LOT: GB11158
PER: 08/2023
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette

LOT: SX177
PER: 2021-03
2024-03