

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

14/2021

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABAOUSSE NOUREDDINE

Date de naissance :

Adresse : Bloc R n° 16 DEROUA

BERRECHID

Tél. : 06.68.44.47.40 Total des frais engagés : -380,40- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/22

Nom et prénom du malade : Belkhadra Habiba Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCUEIL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Diabète T2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Depression

Dans le cas où la maladie a 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 : Détaché A Le : 06/12/22

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
03/12/22	C		1500	061042389

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Répartisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULHAREN Dr. OULHAREN HAJAR BLOC P. N° 6 Bis Peroua tél : 05.22.03.43.72	03-12-22	730,40
INPE:062098629		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Chouaikh AFAF
Médecine Générale

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

الدكتورة الشويخ عفاف
الطب العام

107، تجزئة الوحدة II، الطابق الأول
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le

03/12/22

الدروة، في

Belkhadra Habiba

$$84,80 \times 3 = 254,40$$

PHARMACIE OULHAKEM

Dr. OULHAKEM HAJAR
Bloc P. N° 5 Bis Deroua
Tél: 05 22 53 20 70

1 - Prez 80

2. 22.02.2022

2.

1 CP 80

PHARMACIE OULHAKEM

Dr. OULHAKEM HAJAR

Bloc P. N° 5 Bis Deroua

Tél: 05 22 53 20 70

$$126,80 \times 2 = 253,60$$

2 - Nodep

SV 26.12.22

SV

$$48,70 \times 2 = 157,40$$

3 - Diamec 80

60

65,00

1 CP

SV

4 - Oxi

SV

26.12.22

$$\text{Total: } 730,40$$

SV

26.12.22

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3274

PHARMACIE OULHAKEM
Dr. OULHAKEM HAJAR
BLOC P. N° 5 Bis Deroua
Tél : 05.22.03.43.72

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L153-2

78,70

78,70

OXIFLOR® 200 mg
10 comprimés
PPV 65DH00 EXP 12/2023
LOT 00048 1

PPV 84DH80
PER 04/24
LOT K1131

LOT: 369
PER: JAN 2024
PPV: 126 DH 80
PPV: 126 DH 80