

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

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 071013

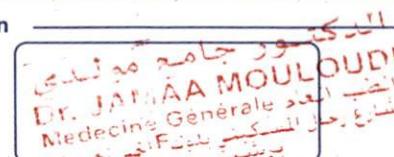
144700

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2021	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAATHIM SALAH			
Date de naissance :			
Adresse : 17 BACHA Brachid			
Tél. : 06.18.42.90.31 Total des frais engagés : 696,60 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : M^r FAATHIM SALAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sensations d'Allemagne proche + toux

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.

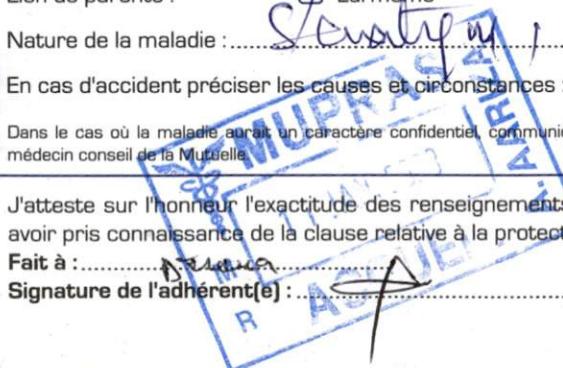
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 04/01/2023

Le : 04/01/2023

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
04				
01				
23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	47 /01/ /23	546.60.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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	G	B	
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		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				

DOCTEUR JAMAA MOULOUDI
Médecine générale
lauréat de la faculté de médecine
de Casablanca
tél : 06.62.11.79.78

الدكتور جامع مولدي
الطب العام
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Berrechid le

P 4/01/23

الهاتف : ٠٥٢.١١.٧٩.٧٨

Mrs Rahim Saloh

88.40 Dolichos 6



100.000 RAZU 40 mg 114



136.50 → A. L. S. L. 1/2



37.00



304 Bd Rahal Meskinie Bloc F Hay Hassani Berrechid Tél : 06.62.11.79.78
شارع رحال المسكنيني بلوك F الحي الحسني ببريشيد -الهاتف : 06.62.11.79.78

Lot.: 21L303
Exp.: 11.2024
PPV: 136DH50

LOT: 42022219
PER: 05/2027
PPV: 27.00 DH

N° Lot:
PPV:
Per:
FAB:
...:

LOT : 624
PER : 06/25
PPV : 100,00 DH

RAZON® 40 mg
14 Comprimés enrobés
gastro-résistants

6 118000 140726

40 جم ٩٦

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale

GTIN: 18901296110185
Lot: DFD0539A
EXP: 01/2024
S.N.: XRSY66GWMBF

CONTIFLO® D 0.4mg
Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale

6 118001 300556

SUN

LOT: 09922017
PER: 05/2027
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules

6 118000 230250

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés

37,00

DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés

6 118000 120735

PPV: 82DH40
PER: 05/25
LOT: L1561-31

DOLICOX® 40 mg
Oralsoft®
7 Comprimés pelliculés

6 118000 041924

LOT: 09922010
PER: 04/2027
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules

6 118000 230250