

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.
- Le 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

- Réclamation : 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 à caractère personnel.

M22- 0029473

146040
MLD

Maladie

Dentaire

Optique MLD

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1196

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RABI RABAI CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : sidi TAALOUF ESSAADA 1 n°225
CASA 02

Tél. : 0614294189

Total des frais engagés : 1223,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MUPRAS ANNE Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

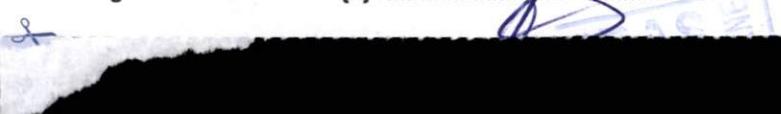
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA

Le : 12/01/2023

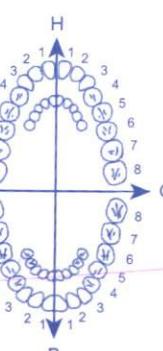
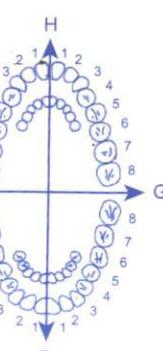
Signature de l'adhérent(e) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CARMACIE MAALI M Mme. KHALIL M. Tél: 0522 91 59 81	12.01.2023	1223,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Nature des Soins <table border="1"> <tr><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td></tr> </table>	Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																																														
H		25533412	21433552																																																																																																																									
D		00000000	00000000																																																																																																																									
B		00000000	00000000																																																																																																																									
G		35533411	11433553																																																																																																																									
MONTANTS DES SOINS																																																																																																																												
DATE DU DEVIS																																																																																																																												
DATE DE L'EXECUTION																																																																																																																												
PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																												

M. MARTAH
SAIDIA -

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot. Sadaa III - Sidi Maârouf
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca

ICASA Fe 12.01.23

Facture N° 47

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	Co pluv Y	270.00	270.00
1	cedes 20/28	9900	9900
1	FORXIGE 10	419.00	419.00
1	COSYREL 10/5	13430	13430
1	erette 20/28 L	144.50	144.50
2	Vitanerit F	2880	57.60
1	D-cure AMP	49.60	49.60
1	Mononitrat	49.50	49.50
22	Arreteé la presse factur à la finne de nilles deux ceb vingt-trois DH. 50 CT	1223.50	(?)

54
4960

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat - F.P.
Sidi Bennour, Casablanca
Ain seba Casablanca
Copaxix 75mg/100mg
b30 cp P.P.V : 270,00 DH
P.P.V : 99,00 DH
5116001 082018

LOT : 221199
EXP : 09/2025
PPV : 99.00DH

Magħar
Be Alkma N° 1
Sidi Bennour, Casablanca
Forxija 10 mg cp pell 628
P.P.V : 419,00 DH
5116001 185027

blance
6 1185001 130283
COSYREL 10mg/5mg O
30 comprimés pelliculés
duo 10mg/5mg O

PER 01/24
PPV 144DH50

PPV
LOT
PER
PPV
LOT
PER
28,80
28,80

PPV : 49,60 DH
LOT : 22H25
EXP : 08/2025

55
14011011