

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.



Déclaration de Maladie

146510 M22- 0035947

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>1268</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>ELMOUHEN Abdellah</u>		
Date de naissance : <u>09-06-53</u>		
Adresse : <u>40 Rue de Alik oasis casablanca</u>		
Tél. : <u>0661369308</u>	Total des frais engagés :	<u>371,60</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2022

Nom et prénom du malade : EZ Khouja Smaïl Age : 71

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
08/12/2022	C		150,00	 Dr. Saisafy Dr. Saisafy 180 300

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 												
			MONTANTS DES SOINS 												
			DEBUT D'EXECUTION 												
			FIN D'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
G	35533411														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
			MONTANTS DES SOINS 												
			DATE DU DEVIS 												
			DATE DE L'EXECUTION 												

Ordonnance

Cachet du Médecin
 Docteur Abdellmjid SAISSI
 Médecin Généraliste
 H.H Oulja Rand Point Faraj Al-Salam Rés Al Hamd
 1 ram D.4 "El Hamd" Casablanca
 Cabinet : 0665 43 500 Email : salsafyabdellmjid@gmail.com

le

في 08/12/2022

El kem 1/ter

32+71mg

79,70

D 2 - Rhumix 1/ter 500

22,00 x 2 rag. & 3 y

② Rhumix (0Y)

60,00 15 a y.

③ Ov. Marin 20

14,00 3cp J x 5

④ Doliprane 200 mg

23,90 2y

⑤ Solcy 51,00

221,60 ms < y



PHARMACIE NAPOLEON
 Angle Rue d'Oran et Rue des Papillons N° 1
 Oasis Casablanca
 Tel.: 03 72 25 08 N°



PPV: 14DH00
 PER: 01/25
 LOT: L367

POLERY
ADULTES

LOT:595
PER:02/25
PPV:23,90DH

زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 07/2023

P.P.V.

LOT N° : FW573 79 70

09366030/4