

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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007877

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 975 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : HAFHAY Fatima
Date de naissance : 14/3/65
Adresse :
Tél. : 0522484946 Total des frais engagés : #650,30# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 23/01/23
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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

RELEVÉ 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
23/01/23	STKJ		30%	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L. A.U. 28, Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne Casablanca - TEL 05 22 26 13 72	23/04	= 350,30

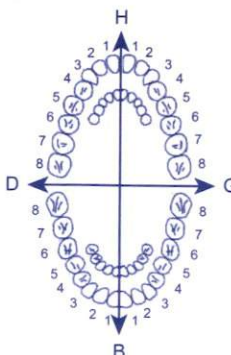
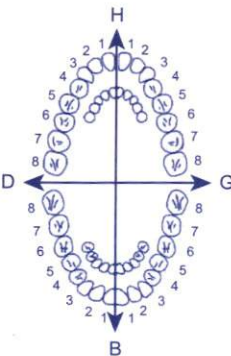
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال و الكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Cartéol® LP. 2%
Collyre à libération
prolongée

LOT/عيار H8475
FAB/مصنع 05-2022
EXP/تاريخ انتهاء 04-2024
QDDNM
PV: 68,80 DH

Le 23/1/23.
الدار البيضاء في:

68,80.
Cartéol LP 2%
1 gte / r - 02 yeux.

152,00
Valex 500
1 p x 3/1/1

69,00
Vitec 100 (bifocal)
1 p x 1/1/1
Après rep...

60,00
350,00
Ciloxan (poe)
24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مسجد بدر) - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس: 05 22 26 66 77
24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - Fax: 05 22 26 66 77
INPE: 091071886

LABORATOIRES

BIOFAR

VITAMINE C
ACÉROLA 500