

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-714978

148901

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6894

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OURIZAL AHMED

Date de naissance :

06/09/65

Adresse :

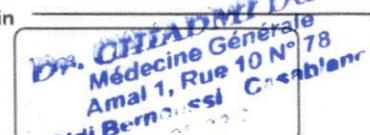
38 rue Sidi Ham Rue 5 App 7
CALIFORNIE casab

Tél. :

06 73 71 27 38 Total des frais engagés : 776,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

09 JAN 2023

Nom et prénom du malade :

AIT ALI YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TAUX FESTANTE

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 :

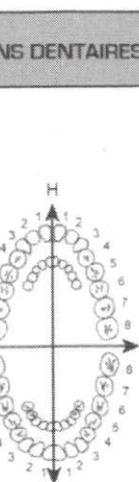
Le : 09/09/2023

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
0.9 JAN. 2023	01	150,00		INP : 910441048 Dr. GHADAM Générale Médecin 10 N° 78 Amal 27 Casablanca aussi 27 et 87

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
		INP : <input type="checkbox"/>																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1509 793 1709 994"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552		00000000	00000000				G	00000000	00000000		35533411	11433553				B
		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
		B																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							



Casablanca, le : 09 JAN 2003 الدار البيضاء، في:

3A AIT Ali Khadija

201,00

Daflon 1000 mg

1S

PHARMACIE SOULAIMA
BABI LAHOU
de California 21
21.98.94
YOUSRA
Rés "Les
BD de
Casablanca

201,00

49,00

14 x 2

20

Emoflon 500

emoflon

PPV 49,00 DH

75,00

14 x 2

30

Hémoreine 500 mg

14 x 2

1S

1S

MA 22 REV 01

HÉMOREÏNE®
ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 suppositoires

PPC : 75,00 DH

89.50

6e

Apronol Spray 50g

SV

297.00

1-

2 pulv x 31g

Symbicort 600

215.00

6-

2 bouffées x 2

Nezoclear

926.50

1 gél

x 1mij

~~PHARMACIE SOULAIMA~~
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fès Imm. 1, Californie
Casab. Tel: 05.22.21.98.94

LOT 220448
EXP 01/2024
PPV 215.00DH

~~PHARMACIE SOULAIMA~~
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fès Imm. 1, Californie
Casab. Tel: 05.22.21.98.94

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier benn al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200/5 µg Pdr. with
Flacon de 120 doses
10474 DMP/21NRO PPV: 297.00 DH
6 118001 020706

SMLG
AVR-22
MAR-24

1

1