

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENTAHICA HAKIM 149833

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 25 RES ENNAJO Apt 265 AV STENAY

CASA

Tél. : 06.61.18.16.63 Total des frais engagés : 3387.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : BENHAYOUN NASUAL Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Verte / Belge

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 : 30/01/2023

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
30/01/23	CS		300 DT	 Dr. Mounia M'hamed Spécialiste de Médecine Interne Tél: 05 22 27 95 74 - 08 47 82 05 INPE: 091106519

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Achraf Rés. Annajid - Bd Annajid - Guelma - CASA Tel: 05 22 98 97 03 . Fax : 05 22 99 64 17	30.01.23	INPE.092001452 3487,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

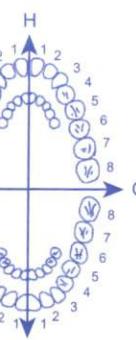
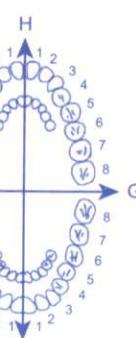
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

82,10 x 2 164,20

Imecardine 50

1-0-0 avant ptt 1

629,00 x 4 2496,00

Xarelto 20

1-0-0 - - qts ptt 3 ml

89,10

Newflex némo rollon

118001 x 3 1/2 ptt 10

3487,10

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annad - Bd Anwal - Cite
Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.



6118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.



6118001 090808

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bno al aswam roches
noires casablanca
INEXUM

20 mg
Boite 14
840/15DMP/21/NRC P.P.V. : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bno al aswam roches
noires casablanca
INEXUM

20 mg
Boite 14
840/15DMP/21/NRC P.P.V. : 82,10 DH
6 118001 020591

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40