

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09204 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : GHAZAL Sarra

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : Hab. rue elle

Tél. : 06.36.69.93.9

Total des frais engagés : 100,00 Mut. 9.14,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BEIGHAZAL Sarra

Médecine Générale
Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omaniya
Hav Innara Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05 22 52 17 80

Date de consultation : 16.10.3.2023

Nom et prénom du malade : Abdullah Fathia Zelma Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Degression + hypertension

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 : RAM

Le : 16.10.3.2023

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
12/03/2023	C.	100,00		ZAL Sarra Médecine Générale Appt 8 Lot Omariy Ain Chok - Casablanca 09 22 32 17 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MAUREL</i> Coopérative Sofaca 1, N° 14 Chiled Taleb, Casablanca Casablanca - Tel. : 05 22 30 01 12 INPE : 092041052	14/03/23	914,20

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

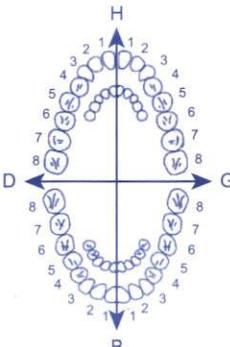
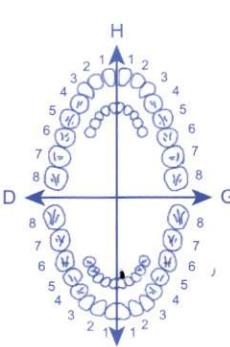
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	
		21433552 00000000 11433553		
	B			Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AVLOCARDYL 40 MG
 CP SEC B50
 P.P.V : 41DH80
 LOT : 22E006
 PER : 05/2025
 6 118000 010227

KARDEGIC 75 MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 LOT : 22E009
 PER : 09/2024

KARDEGIC 75 MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 LOT : 22E011
 PER : 19/2024

PPV : 97DH60
 PER : 10/24
 LOT : L3578-2

PPV : 97DH60
 PER : 10/24
 LOT : L3578-2

PHARMACIE MAJORELLE
 Coopérative Sofica N° 14
 Ouled Taleb, California
 Casablanca - Tél. 05 22 52 81 42

FELDENE® Gel Pfizer
 PIROXICAM 0,5% 50 g
 LOT PER P.P.V
 73,40

FELDENE® Gel Pfizer
 PIROXICAM 0,5% 50 g
 LOT PER P.P.V
 73,40