

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Nº P19-0028513

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1003 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bagass Lahcen

Date de naissance :

01-01-1935

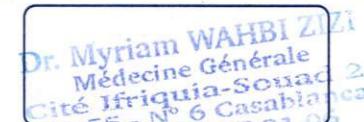
Adresse : Etadoun CHERAT Rue 1 imm 82 n° 1

El Sulta Louls Casablanca Maroc

Tél. : 06 66 89 66 46 Total des frais engagés : 629,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/03

Nom et prénom du malade : Bagass Lahcen Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

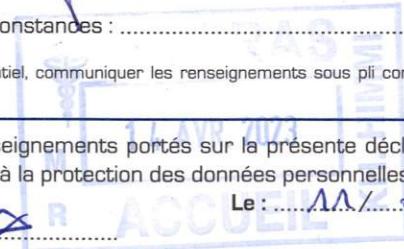
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/04/2003

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
25/03/23			180,50	Dr. Myriam WAHBI ZIZI Médecine Générale Cité Ifrane-Squad 2 Rue 55 - N° 6 Casablanca Tél : 05 22 37 31 00
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TELL 0522 37 21 00	25/03/23	479,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

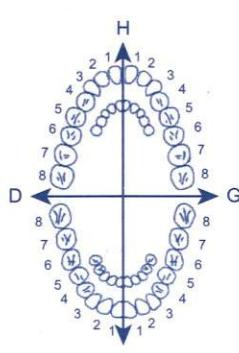
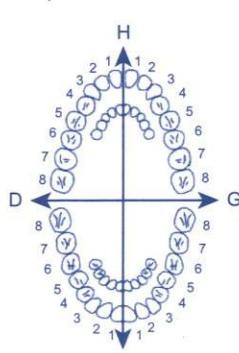
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX						
										
MONTANTS DES SOINS										
DEBUT D'EXECUTION										
FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX						
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
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										

14/09

⑤ Doliprane 1g CP

182.10. rep + 21; v5 j'gme

⑥ Suliat 160 112.5 CP
rep 1j + 3mors

Dr Myriam WAHBI ZIZA
Médecine Générale
Centre Idrissi-Souaid 2
Rue 50 - N° 6 Casablanca
Tél: 0522 237 31 00

Gs 47950

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 139,50 DH

220467
06/2025

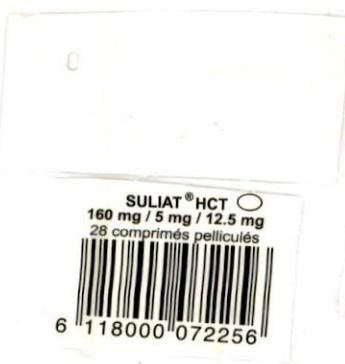
BOURGET INOSITOL*

PPV 23DH20
EXP 05/2025
LOT 26013 1

BOURGET INOSITOL*
20 comprimés effervescents 300 mg



6 118000 031215



LOT: M0851
PER: 09/2024
PPU: 75,00 DH

Ineso 20 mg
14 Gélules
Deva Pharmaceutique



6 118000 410430

Coltrax® 4 mg
12 comprimés



6 118000 120322

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
10 Comprimés sécables



6 118000 040972

PPV:14DH00
PER:02/26
LOT:M547