

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

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 :	272	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	160657
Nom & Prénom : AMAZICHT Zahra renommé MOUATKARINE			
Date de naissance : 1939			
Adresse : Résidence prestige Magola, Rue S. M. 5 Case			
Tél. : 06.71.92.68.95	Total des frais engagés : 292,82	Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	10/05/2013	Age :
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CASA

Le : 15/05/2013

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
10/05/2023	C			<i>Autob</i> DT NAWAL CERVICO FACIAL MEDECIN CHIRURGIEN DENTISTE Cité Office 58 lot 45 Hay Hassani Appt 404522257821 / 35326-5703

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
HARAKAT AL MUSLIM CLINIQUE
Dr Mly Thami - Dr Abdelaziz
Tél: 0522 90 21 67 - Casab

Date

10/05/23

Montant de la Facture

200.80

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologiste
 Maladie et Chirurgie du Nez
 Gorge - Oreille - Face et cou
 Exploration et traitement
 de surdité
 vertige - Trouble de la voix
 Endoscopie
 Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نصيف
 اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف
 المخجنة - الأذن - الوجه والعنق
 تشخيص و علاج الصم
 الدوخة - اضطرابات الصوت
 الفحص بالمنظار
 الشخير و الحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le :

10/05/2023

الدار البيضاء، في:

AMAZIGH ZAURA

4900.

1) Colifored 20 mg P
 3 cp ij Le mat. .

PPV: 40DH00
 PER: 02/26
 LOT: M717

bottu.a
 82, Allée des Casuarinas - Ain Séda - Casablanca

PPV: 109DH00
 PER: 04-26
 LOT: M 1259

DOLAMINE®
 Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH
 6 118000 190394

LOT 221829-2

EXP 05 2026

PPV 80.10

3) 11500 Dolamine P
 15 x 2

4) 8010 Xyfall 5 mg P
 1 cp x 2

LOT 221829-2

EXP 05 2026

PPV 80.10

City office - 58 lotissement Missimi Etage 4 Appt 44 - 15 Hay Hassani

EN FACE MARJANE HAY HASSANI, ICE : 00181237700090

Tél.: 05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09 / 07.00.84.17.18

Nawal NADEF
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE & CHIRURGIEN
 58 Missimi Etage 4
 Hay Hassani Casablanca
 Tél: 05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09

Gavisum Sirup
MC 4 avant repas
(840) SL

29L80



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdellaziz
58, Route Mly Thami, Hay Hassani
Tél: N° 20 21 67, Casa