

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 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.

M22- 0017367

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RIMAoui Rabhal

Date de naissance : 1843

Adresse : habitatuelle

Tél. : 05 22 53 24 40 Total des frais engagés : 584 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/05/23

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HTA

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 : J.ER.OURA Le : 10/05/23
Signature de l'adhérent(e) : DR.3



Age: Enfant

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
08/05/23	CG	1	150,00	DR M. MARIJSS GENERALISTE DENTISTE THERAPEUTIQUE PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE 800 H Lot A/1000000 Tél. 05 22 55 14 00 INPE : 062107792	8.15.12.023	331,00

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ex- médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي

ابن رشد - الدار البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء



Médecine Générale

Diplôme en Échographie générale

E.C.G

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Date:

08/05/23

Nom:

Rimousi John

31,30 x 3

31/05/2023

Mofoles

65,40 x 3

Temonefic 50/12,5 g

Auglehol

44,80

3105

31 00,250 g lave

334,00

2p gel aff

Prochain Rendez-vous: الموعد المقبل:



Maphar
Bd Aklimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 118001 182350

Maphar
Bd Aklimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 118001 182350

Maphar
Bd Aklimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 118001 182350

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT: 118

EXP: 01-2026

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)
PPV 44.80 DH



6 118001 070886