

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.

M23-010493

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

16.2901

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1373 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MARARY - Abdellah

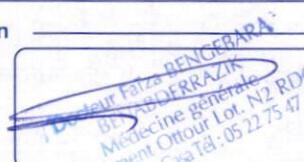
Date de naissance : 1950

Adresse : ANFA 250 Dijet

Tél. : 06 33 53 3001 Total des frais engagés : 14,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2023

Nom et prénom du malade : Maryam Sultane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie

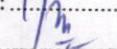
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 30/06/2023 Le : 30/10/2023

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
26.05.2023	C 1	Crustat		Dr. M. A. RENCEBAI M. D. R. C. R. P. D. C. Tolissement Céramique Dr. M. A. R. C. R. P. D. C.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 02001000 PHARMACIE CHAMAH Dr. A. CHAMAH LAMAH 13 Lot Makhlouf 2, 26200 Dera Tél: 05 22 53 27 56 INPE : 02001000	26.05.2023	14,00

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Faïza BENGEBARA BENABDERRAZIK

Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale
Certificat de Nutrition
(Obésité, Diabète, Sport,
Grossesse, Enfant...)

Médecin du Travail et d'Ergonomie

Faculté de Médecine de Rennes France

Lotissement Ottour Lot. N°2 - RDC
Sidi Moumen - Casablanca
Tél.: 05 22 75 47 45



الدكتورة فائزة بنجباره بنعبد الرازق

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

شهادة التقديمة

(السمنة، داء السكري، الرياضة،
المراة الحامل، الطفل....)

طبيبة الشغل

كلية الطب رين بفرنسا

تجزئة عطور رقم 2 - الطابق السفلي

سيدي مومن - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 75 47 45

Casablanca, le : 26/05/23

Barany Sultane

PPV: 14DH00
PER: 02/25
LOT: L443

~~PHARMACEUTIQUE~~
~~Dr. A. CHAWKI ENAMARI~~
43 Lot Makhrouf 2, 26200 Deroua
Tel: 05 22 52 27 55

AS

14,00

- Doliprane 1%
2 CP S

- Catuffe 2%
2 CP S

14,00

[Handwritten signature]
Docteur Faïza BENGEBARA
BENABDERRAZIK
Faculté de Médecine de Rennes France
Lotissement Ottour Lot. N°2 - RDC
Sidi Moumen - Casablanca
Tél.: 05 22 75 47 45