

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5485..... Société : RAM A62737

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAAHA NOU RO DDI NE

15.02.1961

Date de naissance :

Adresse : 311, 6T. WARAA

ANT DELWAIA

Tél. : 06.26.54.77.05 Total des frais engagés : Dhs

Docteur ANBOU Adib

Médecine Générale

Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca

Tel: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88

IMPE: 091011948

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.03.2023

Nom et prénom du malade : BAAHA NOU RO DDI NE Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 06.03.2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/8/23 | 4 | | 158.00 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| ARMAMENT EL OUMOURA 244 lotissement el wafaa Dergba Fix : 05.22.53.20.54 | 06.03.123 | 308,00 |

INPE:062095070

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis pointing from D (left) to G (right) and the vertical axis pointing from B (bottom) to H (top). The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Docteur ANIBOU Adib

Médecine Générale

Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca

Tél: 0522 81 21 21 My Mobile 06.61.31.65.88

INPE: 091011346

le

06/13/2023

MR Bzh. mard

14,30 x 3

~~Khryfibel~~ 3B

~~75 73~~

18,00

PHARMACIE EL OUMOUN
244 lotissement el wafa
Fix: 0522 53 21 21

vite 1cpz

67,00

~~St~~ 24 gél 100

42,80

~~75 73~~ 1c

78,20

PHARMACIE EL OUMOUN
244 lotissement el wafa
Fix: 0522 53 21 21

Cachet du pharmacien
Dr. ANIBOU ADIB

19,40

1cpz

34,70

Antibiofyl 2003
Pcbl 705 78

Total = 308,00

PHARMACIE
24410 ISSY

Fix:

PIV
DEP
Fix: 0622

PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

LOT : 221397
EXP : 14/2025
PPV : 14,30DH

PPV (DH): LOT N°: UTAVI:

LOT : 221402
EXP : 12/2025
PPV : 14,30DH

PPV (DH): LOT N°: UTAVI:

LOT : 221056
EXP : 09/2025
PPV : 14,30DH

PPV (DH): LOT N°: UTAVI:

LOT : 220826
EXP : 06/2025
PPV : 14,30DH

PPV (DH): LOT N°: UTAVI:

78,00

ANTIBI-SYN.

19,40

0000130000
PER 12/24
LOT K3425
S1

PPV 34DH70 EXP 11/2025
LOT 20033 6

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

250 ml