

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1384	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A90317
Nom & Prénom :		Khamlichi Mohamed	
Date de naissance :		01-01-1951	
Adresse :		RESAL Azhar INN 11, NR 10 TR 7/1 Bennoussi Casa.	
Tél. :		06.02.15.41.42	Total des frais engagés : 619,20 Dhs

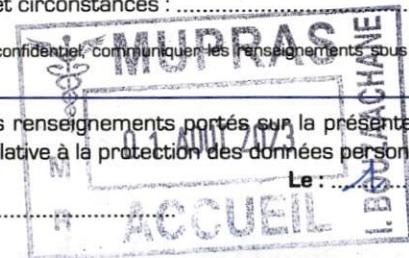
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	06/07/2023	Nom et prénom du malade :	Fakir Fati
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète + Dyslipidémie		
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 : 08/08/2023

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
06/07/2013			5	<i>Dr. Hayat AL DABABAH Endocrinologie et Métaboliques INPE: 091187709</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07	359.00

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	 O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; text-align: right;">H</td><td style="width: 10px; text-align: left;">25533412</td><td style="width: 10px; text-align: right;">21433552</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">D</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">B</td><td style="text-align: left;">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td>11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">G</td><td></td><td></td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	H	25533412	21433552	00000000		00000000	D		00000000			00000000	B		35533411			11433553	G		
H	25533412	21433552																							
00000000		00000000																							
D		00000000																							
		00000000																							
B		35533411																							
		11433553																							
G																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Casablanca, le 06/07/2023

n° Fanci Fat -

1) 125,00
On Cell extra

Part → let

2) 135,00
Bn de bille



(49,60 X 2) 99,20
D. Envoi Fnt dry :
Date 23/07/2023

3) PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

T= 359,20

Bd Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 15 32 - 05 22 73 16 20 - 05 22 73 42 45

Fax : 05 22 73 15 72

Dr. Hayat AHA
Endocrinologie et Métabolique
Tél: 091 45 7708

PHARMACIE RESIDENCE EL MOUAHIDINE
 DR MARJANE MOUNIA
 RESIDENCE EL MOUAHIDINE. BD LA
 GRANDE CEINTURE

Tél : 0522674599

01/08/2023

khamichi mohamed

ICE : 000466880000069



FACTURE N° : 11288 du 01/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ON CALL EXTRA 50 TEST	125,00	125,00	20%
1	ON CALL PLUS BANDELETTE	135,00	135,00	20%
Total TTC				260,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	216,67	43,33	260,00
		216,67	43,33	260,00

CNSS :
 Compte :

I.C.E : 000466880000069
 Patente : 31836220

INPE:092050301
 R.C : 301800

I.F :
 RIB :