

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- 0044743

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3339 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL MOUHAFFID ABDELLAATIF
 Date de naissance : 16/03/1958
 Adresse : 41 lot LSSAFA ZAOURZ EL OULFA
CASABLANCA
 Tél. 0664042549 Total des frais engagés : 674,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdellah MAMOU
 Neuro - psychiatre
 38, Bd. Rachidi - Casablanca
 Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/05/2023
 Nom et prénom du malade : BONBARGA Zinib Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : transit
 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 : CASABLANCA Le : 16/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20.05.23	C			<i>Abdellah Jemmali</i> Niveau 2 Tél: 05 22 47 60 00 / 10 INP 091097436

NPE: 092010570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AN-NINA</i>	20/05/23	674,00

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 l

SOINS DENT

LOT : EQA922007A
PER : OCT 2024
PPV : 145 DH 00

LOT : EQA922007A
PER : OCT 2024
PPV : 145 DH 00

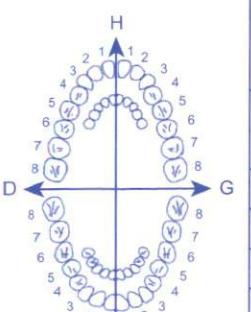
LOT : EQA922007A
PER : OCT 2024
PPV : 145 DH 00

COEFFICIENT DES TRAVAUX IX	
GlaxoSmithKline Maroc Aïn El Aouda Région de Rabat PPV:239,00 DH	
MD DE	6 118001 140800
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	00000000
B	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

Mr. Zineb Boudara.

NR - Test thi 25 = 1 > 1

1x 2392 Lamiet 100 = 1 > 1

3x 1152 QUETIAPI 150 = 1 > 2

NR - Zanogyp 5 = 0 > 1

NR - Anfane 5 : 1h 0 0

674 0

traitements
S'ins.

PHARMACIE AN-NAIA
Casablanca - Tel 0522 93 46 2
Glossmer Assise - 1mm 18, 4A - Oule

E. Abdellah MAMOUD
Neuro-psychiatre
8, Bd. Rachid - Casablanca
Tél 0522 47 61 00 / 10