

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 : 478 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HCHERKI Oman

Date de naissance : 1945

Adresse : même adresse

Tél. : 0522 91 15 81 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lombago

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 : El Jadida Le : 14/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : A.Z

VOLET ADHÉRENT

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
11.08.23	Cs c dente	5001	5001	DR. AMMOURI Marouane Médecin des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092030949	11.08.23	174,10

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	

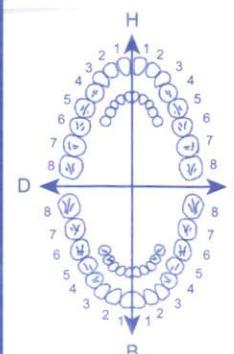
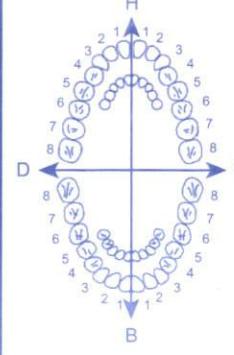
ture de tous

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	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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	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

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFERMIÈRE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
CLINIQUE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

Tél : 06 13 34 10 01

ORDONNANCE

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلية
الفحص المنزلي
استشارة منزلية
تحاليل طبية
اختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

Casablanca le: 11.08.2023

EDTECHERKI Ⓜ Maq

10,50 ₣ Calotane 4f
10,50 ₣ Cpx 37(1-10)

LOT: 230137
PER: 02/2026
PPC: 79,50 DH

28,80 ₣ Vitamethyl ex
28,80 ₣ Vitamethyl ex

PPV
LOT
PER 28,80

31,00 ₣ Cpx 2f
31,00 ₣ Dr. Stof 500 mg

PP
LOT
PER 28,80

9 = 174,10 ₣
صيدلية حسي الونام

PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tél 05 22 91 17 31
INPE 092030949

Dr. AMY Marquane
DUOXOL 500mg/2mg 100 comprimés
Boîte de 20 comprimés
من 20 قرصاً

37,00 ₣

بسم الله الرحمن الرحيم، العماره رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء
Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01
Email : contact@maydayhelp.ma