

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

- Reclamation : 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 : **9588** Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHYATE MOHAMED 175959

Date de naissance :

Adresse :

HAIB TUDLA

Tél. :

06 63 61 55 92 Total des frais engagés : **700,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDRHIRI NAIMA
Expert Assermenté
Derb Inani, Rue 29 N°3
Casablanca Tél : 0522 62 02 35

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

ACCUEIL

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
19		C	15000	Dr. OUDRHIR Expert ASSISTANT Dentiste Casablanca Tel : 0522 62 02 35
01				
20/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JANQUIER Helene Janquier Dentiste 39, rue Ben Arous Casablanca 16169 Télé : 01-41-21-51-69	11-01-21	550.00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	H	25533412	21433552	DATE DU DEVIS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نحيمة وعديري

الطب العام

طبية محلفة

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca. le

19.09.2023

الدار البيضاء في:

109,2 Mr. Olyate Houssein
1 Contiflo 0,4 mg

TIFLO

PPV: 1090H70

30 Gélules

à libération prolongée

Viens seule

0.4 mg

21 Tazola 5 mg

LOT: 12823005
PER: 03/2026
PPU: 79,50 DH

hors de la norme et

31 Thé 5 mg

76,80 GED

PHARMACIE JANQUIER

Holmestrand Pharmacie

VI-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPU 60DH40 EXP 12/2025
LOT 2H016 2

41 Di mi de 5 mg

51 AMAR 5 mg

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V: 60DH40
LOT: 22E004
PER: 11/2025
5 118000 06003

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V: 60DH40
LOT: 22E004
PER: 11/2025

61 Fungi Care 5 mg

Dr. OUD
Exp
Per
Ces

LOT: 4927
PER: 11-25
P.P.V: 105 DH 60

70,66 55,80 mg / Sust