

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026233

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12070 Société : A77782

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sifam OUZINE

Date de naissance : 28/05/1982

Adresse : Résidence les champs 3, B5, Sidi Maâoul

Tél. : 0662760349

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2023

Nom et prénom du malade : OUZINE

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : GASTRITE

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R ACCUEIL



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 : 08/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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
26/09/2023		CG		DR. EL MINI Fayçal Anesthésiste - Réanimateur CHP EL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Pharmacie ARROUDID Kenza ER-RAFAI Doctorat en Pharmacie 2 et 3 - Mosquée Fatna Bokchana Nassim - Casablanca Tel: 0522 89 39 89	Date 26/09/2023	Montant de la Facture 440,3
--	--------------------	--------------------------------

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			FIN D'EXECUTION



ملسلس للفي بدون تدخل ORDONNANCE



26/03/2023

Ouzine

Sidham

① AZ 500mg
601a

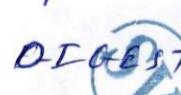
1cp/j



pdtt 3 j.

② NEOBILLINE
2x89,50

1 caps x 4/j



DIGEST

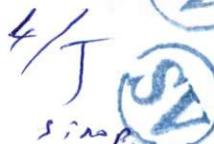
(réactions)

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 DH

220222

04/2026

③ OSNOSINE
341a



1 caps x 3/j si constipation

④ POLYGYNAX
87,40



1 capsule Vaginale/j

Pharmacie ARROCHI
Khalil Jabrane
nocturne 24/24
M. A. Arrochi - Khalil Jabrane
Nassim
tél. 05 22 69 39 59

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 DH

220222

04/2026



XAL GEL



1vite x 3/j

1443,30

DR. EL MRA
Anesthésie - Réanimation
CHP EL JADIDA



63088E

05/2024

