

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)
Matriculé : 4673

Société : RAM 180987

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHRA REI

Date de naissance : 08.02.1953

Adresse : B.P 4002 clab Seftane el Fida clrb
Sidna casablanca

Tél. : 0661215936 Total des frais engagés : 344,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

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 : 01/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Rei



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NATIONALE</i>	25/10/23	346,40

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	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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NABILA
Reception de Livraison des Medicaments
13. Lot. Ghizlane Angle B1. El Fouarate
Tizi - Ziane - Hay Tisir - CSA
Ouled Ziane - Hay Tisir - CSA
Rq. no

Le 28/10/23

Facture pour
Mr Bahra - Ali

Produit	Quantité	P. au	Total
confiture	0.2	109,70	21.9,40
urspal	0.2	62.50	12.5,00
Total: 344,40			

Trois cent quarante quatre dirhams
et quarante cinqime

PHARMACIE NABILA
Reception de Livraison des Medicaments
13. Lot. Ghizlane Angle B1. El Fouarate
Tizi - Ziane - Hay Tisir - CSA
Ouled Ziane - Hay Tisir - CSA
Rq. no

CONTIFLO

PPV: 1090H70

30 Gélules
Libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO

PPV: 1090H70

30 Gélules
Libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

LOT 231168 1
EXP 03 2026
PPV 62.50

LOT 230543 1
EXP 02 2026
PPV 62.50

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

MR BAIMA AL

Matricule :

N° CIN : B 16 548

Adresse : B.P. 4002 Deib Sidis Deib Sultan EL Fida Casab

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : Docteur ANIBOU Adib
Médecine Générale

N° ICE :

N° INPE : Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MR BAIMA AL

Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
INPE: 091011348

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

dyspe - El Farakha

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Denby - cériap

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 08 AOUT 2023 /

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur ANIBOU Adib
Médecine Générale
Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca
Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
INPE: 091011348

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

MUPRAS
ACCUEIL
BOUZACHANE
11 AOUT 2023