

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

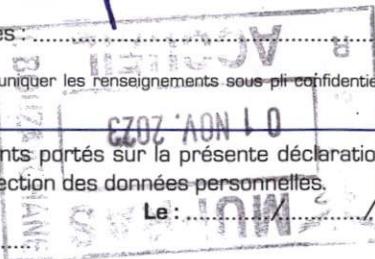
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1075 Société : 181095
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SAÏFATIMA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0565184008 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Fatima ABOUHAMADA
 Médecin Généraliste
 Date de consultation : 27/10/2023
 Nom et prénom du malade : Fatima SOI Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Douleur Scopale
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) : 

8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HERBALIANE 16, Rue Goulimina - Casablanca Tél: 03 22 27 79 95 ICE: 002800442	27/10/2023	459,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[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

ORDONNANCE

416, Rue Goulimma - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 00280444300082

Le : 27/11/2013

Nom :

Age :

C/S Hauley Youssef
Delegation Casab-Anfa

Fatima Soi

- 1) Flexom 500mg 85.80
1 gel  x 31
- 2) Molté 200g 40.00
1 p  x 31
- 3) Duo Rebo 29.50
1 gel  x 21
- 4) Nociceptol Gel 198.00
1 g x 15

Cachet:

Dr. Fatima ABUHAMMADA
Méd. en Généraliste
Date de la prochaine visite:
INFE 15/11/2013

5) omoxime 500 34.00

1c/s



221

Polycysta
X3

Dr. Fatima ABOUHAMMOUDA
Médecin Généraliste
INPE 131200YYU

3.1500



DuoRelax®
Gélule

LOT: CG300
EXP: 05/26
PPV: 75.50DH

459.10



PHARMACIE DERB TALIA
416, Rue Goulima - Casabla
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 00280444300082



PPV
34DH00