

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12403</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>LOUZA Rachid</u>
Nom & Prénom : <u>LOUZA Rachid</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>0661253647</u>	Total des frais engagés :	<u>#502#</u>	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>Dr MEHDI BEHAT</u> <u>Reanimateur Anesthésiste</u> <u>Clinique AZUR</u> <u>Inpe: 121209167</u>			
Date de consultation : <u>28/10/23</u>			
Nom et prénom du malade : <u>LOUZA KINAN</u> Age : <u>2ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Fracture</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Accident</u>			
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 : Settat Le : 28/10/23

Signature de l'adhérent(e) : ZB



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
28/11/13	CS Dedage		4000 Dh	DR MEHDI BEHAT Anesthetiste - TUR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture <i>Inpe. 1</i>
PHAR. LACIE RAYA 12 Bd Larbi Elouaïd N° 91 BP 227 TEL : 05 23 72 08 25	28/10/2025	T 102,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

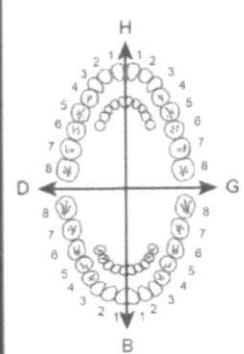
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	D $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$	R
--	---	----------

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Settat, le 28/11/2023

KiNA N Louza

5 ml x 2

- Moxiclav Sirup 250/25 mg/ml → 1 fl

Telix 5 ml - 5 ml - 5 ml

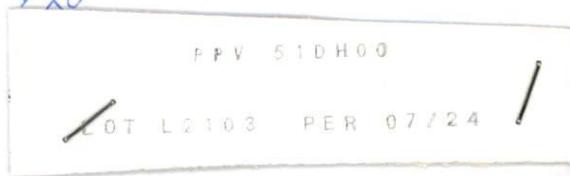
- Effergan Sirup 250 mg/15ml → 1 fl

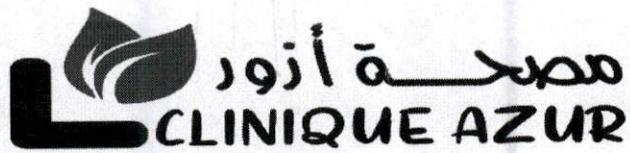
5 ml x 2 lg

PHARMACIE RAYAT
 Rte Ben Amdou Bd Larbi Elouadi
 N°91 - SETTAT
 TEL : 05 23 72 08 25

Dr MEHDIT BEHAT
 Réanimateur-Anesthésiste
 Clinique AZUR
 Inpe: 121209167

I.C.E : 002237085000094
 N.P.E : 060065156
 CLINIQUE AZUR SARL
 Bir Anzarane - Settat





F A C T U R E

N° : 23008053 Du : 28/10/2023

Patient : KINAN LOUZA

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 28/10/2023

N° Dossier : 23007797

Sortie : 28/10/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		300.00	300.00
DECHOCAGE	1		100.00	100.00
		Sous-Total		400.00
Total clinique				400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total brut :	400.00
Quatre cents dirhams			Remise :	0.00
			Total net :	400.00
Matricule :	Adhérent :		Part organisme :	0.00
Affiliation :	N° prise en charge :		Part patient :	400.00
CIN :	Code clinique :			
ICE :				

Lot A, Avenue Bir Anzarane - Settat

Patente : 40001304-IF: 50195909-RC : 6473-CNSS : 2398432-ICE : -RIB : 01378010000000008848932