

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-824442

181643

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 9297

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALLALI TARIK

Date de naissance : 11-02-1971

Adresse : 16, rue oukhouaway, casab

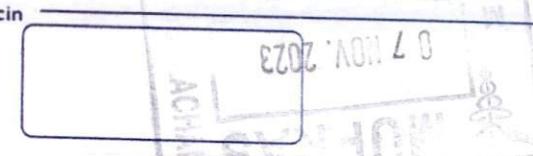
Tél. : 066 92 67 23

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LASSAR Meryem Age: 42

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Le : 03/11/2003

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CAP Dr. Hind Ben Youssef 1 Rue Al Oukouar Tel : 05 22 39 81	29/10/2024	323,10

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 <i>Cerf-volant</i> <i>DS</i>	Nature des Soins	Coefficient	INP : <i>04012788</i>									
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				<i>200</i>									
				DEBUT D'EXECUTION									
				<i>24/10/13</i>									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		35533411	11433553										
	B												
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
	MONTANTS DES SOINS												
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													

Casablanca, le 24 octobre 2023

ORDONNANCE

Nom du patient :

116,00

1- SAPHIR 1g

1 sachet 2 fois par jour pendant 7 jours
à commencer la veille de l'intervention



PPC : 29,00 DH
Lot : S17082320T
D.PER : 17/08/2026

123,60

2- Inexium 40mg

1cp par jour pendant 7 jours
à commencer le matin de l'intervention



40,00

3- Predni 20mg

3cps en une seule prise par jour pendant 3 jours
à commencer le matin de l'intervention



14,50

4- Andol 1000

1cp immédiatement après l'intervention
puis, 1cp en cas de douleurs, sans dépasser 3 par jour



29,00

5- Eludril (BB). ou Sourident (BB)

3 fois par jour après brossage pendant 7 jours
à partir du lendemain de l'intervention



PHARMACIE DU CAF
Dr. Hind Boudmoussa
1 Rue Al Okhouane
Tél : 05 22 39 99 73

323,10

SIGNATURE

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Hassan Idrissi Ousdaghiri
765 Bd Modibo Keita Casablanca
Tel : 0522 51 51 51 - www.dentaire.ma

PPV: 116DH00
PER: 05-26
LOT: M 1647

LOT N°:
UT. AV:
PPV(DH):
40,00

Facture N° FAC-16783

Date : 25/10/2023

Laabar Meryem

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
SAPHIR ST 1G/125MG B16 SACHETS	1	116,00	116,00
INEXIUM CO 40MG B14 COMP MR	1	123,60	123,60
PREDNI CO 20MG B20 COMP EFFER	1	40,00	40,00
ANDOL CO 1G B8 COMP EFFER	1	14,50	14,50
SOURIDENT BAIN DE BOUCHE 125ML	1	29,00	29,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	323,10 DHS
Total	323,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent vingt-trois DHS et dix centimes

PHARMACIE DU CAF
Dr. Hind Benmoussa
1 Rue Al Okhouar
Tél : 05 22 39 8'