

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 canaux, 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 canaux.

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

M23-0029383

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1468

Société : RETRETE

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF BAABI

Date de naissance : 18/12/1950

Adresse :

Tél. : 0661109638

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : M. Youssef BAABI

Age : 72 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : RONAIGIES

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

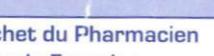
Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
24/11/2023	Centrale	(01)	Gratuit	
			INPE:	
			09.12.43.69.1	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>24/11/2023</p>	<p>294.10</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

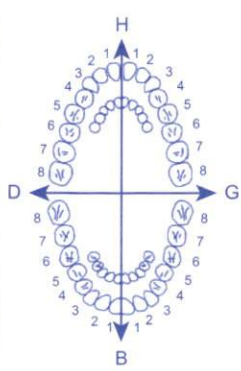
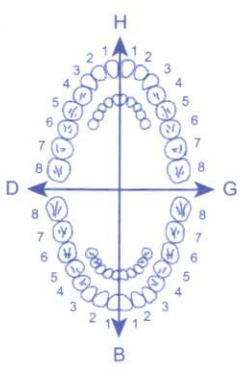
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE


CASA le 24/11/2023

Mr/Mme Youssef BAABI


86,40

1) Dolipax 90 mg 
1 cp 1/2 après le déjeuner x 7 jours

149,50

2) Curanti forte 
1 cp x 02 1/2 matin et soir après repas

58,80

3) ENROUEX 
1 cp x 03 1/2 x 07 jours

294,70

INPE :
091243691

Cachet du médecin

Dr. OUBIRHA Nesrine
100
32



PPC : 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

curdi
comprimé

86DH40
PER: 07/26
LOT: M2379



PHARMACIE ALOUATI
TARIK ARESKI
16, BD FOUARAT, LOTS CAPELUTTO, HAY
MOHAMMADI

Tél : 0522601675

24/11/2023

youssef baabi

FACTURE N° : 35776 du 24/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CODOLIPRANE 400 MG /16 CPS	22,20	22,20	7%
1	HEPANAT /20 CPS	41,80	41,80	20%
1	VITA C 1000 /10 CP EFF LAP	15,30	15,30	7%

Total TTC 79,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS ET TRENTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	35,05	2,45	37,50
20.00%	20,00	34,83	6,97	41,80
		69,88	9,42	79,30