

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)

Matricule :	4673	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 85769
Nom & Prénom :		BAHRA ALI	
Date de naissance :		08.02.1953	
Adresse :		BP 4002. Darb Sefranz El Fida. elabs. Sidiha casablanca.	
Tél. :		06.61.21.59.36	Total des frais engagés : 281,90 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

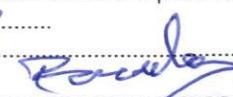
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 07/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



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
DRM-CIE ET CUMULÉE DU 05/01/2010 AU 05/02/2010	12-12-10	268,50

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

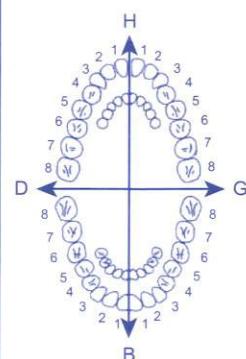
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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	35533411	11433553
G		

[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

M..... Béchir Ali

INPE:062095070

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

Le 1.12.23

Facture N° 23

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	contiflo ou unidos	109,70	219,40
		62,60	62,60
T.S 281,90			

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

LOT 231168 1
EXP 03 2026
PPV 62.50



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : M. BAIIMA AL
Matricule : 11873**N° CIN :** B 16 548**Adresse :** B.P. 4002 Deib Sidne Deib Sultan EL Fida Casablanca
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : **Spécialité :** **Docteur ANIBOU Adib**
Medecine Générale
N° ICE : **N° INPE :** **Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca**
Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
Certifie que Mlle, Mme, M. : **M. BAIIMA AL**, **INPE: 091011346**
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 :
dyspepsie - Et Prothlym.
Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :
Domifl - cefaz.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : **08 AOUT 2023 /**
Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur ANIBOU Adib
Medecine Générale
 Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca
 Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
 INPE: 091011346

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