

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036931

Optique *188 282* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7697* Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *RAM RETRAITE ER RHASSOUL*

Nom & Prénom : *ABDALLAH* Date de naissance : *09/03/67*

Adresse : *Hadj FATH 5 N° 79 OULFA CASA*

Tél. : *067077 6963* Total des frais engagés : *1791,00* 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 : Le : *25/12/23*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

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
	21 Dec 2023	1791,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

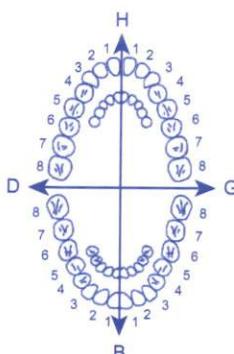
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 00000000	G 21433552 00000000 11433553
D 00000000 35533411	B 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

PHARMACIE HAJ FATEH

Docteur Meryem Tahri Joutei

Pharmacien Diplomé de la Faculté de Paris

صيدلية الحاج فاتح

د. مريم الطاهري الجوطي

صيدلية مجاز من كلية باريس

Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa
Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 89 79 26
E-mail : pharmaciehajfateh@hotmail.fr
R.C : 277034 - Patente : 36209470

تجزئة الحاج فاتح رقم 520

ليساسفة - البيضاء

ص.ت : 277034 - البتانة : 36209470

ICE: 000439360000038

IMP/ 092029950

Casablanca le 21 Dece 2023

FACTURE N° 1250/21-12-2023

A l'Attention de M. NORA HOUMI E.P EL RITASSOULI

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
RYZODÉG	01	1182,00	1182,00 DH
ALPIDRA SOLUSTIR	01	439,00	439,00 DH
DETENSIEL	01	72,00	72,00 DH
ALCASTERIL	01	98,00	98,00 DH
DETENSIEL® 10 mg 30 comprimés pelliculés sécables			
6 118001 101788			
PPV : 72,00 DH			
Distribué par Cooper Pharma			
6 118001 121601			
PPV : 439,00 DH			
Sandoz-Aventis Maroc			
Rue des Rabat-R'ra Anfa Casablanca			
MONTANT TOTAL TTC			1791,00 DH



21 Dece 2023