

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-700849

19013

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2798	Société : RAY		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Chakir Kamal
Nom & Prénom : Chakir Kamal			
Date de naissance : 01/05/1951			
Adresse : Kchaouia @ Yaffor - FR			
Tél. : Total des frais engagés : 1276,50 + 300 Dhs			

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39.01 12 / 06 61 15 78 06

Cachet du médecin :	Date de consultation : 08 JAN. 2024		
Nom et prénom du malade : CHAKIR KAMAL Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA			
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 : CASA Date : 08 JAN. 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Chakir Kamal

VOLET AD*

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
8 JAN 2024	Consultation en ligne.	300	300	INP : 91605520 Dr. ALAUII Moha Professeur en Cardio 264 Bd St Georges 75015 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMRANI MERYEM Pharmacie des Familles Angle Rues Normandie et Imam Tabarani Casablanca - Tél: 0522.25.05.60	09/04/2024	7276,50

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	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>															
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B	B	G	
	H	25533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B	B	G																
	[Création, remont, adjonction]																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>															
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>															

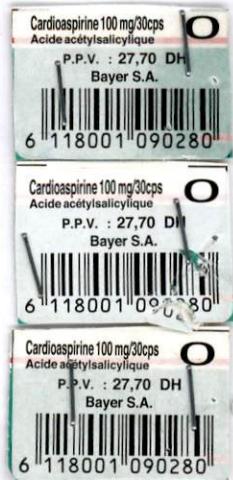
Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE



08/01/2024

CHAKIB KAMAL



~99.00 x 7
ARAPRO 150 (7boites)

1cp /J

1.S

27.70 x 5

CARDIOASPIRINE

1cp /J

1.S

~40.00

OEDES 20

1cp /J

LAMRANIMERYEM
Pharmacie des Rempailles Angle Rues
de Normandie et Iman Tabarani
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60

20j

S.P.

EXTRAMAG

1cp /J

1.S

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

~216.50

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 0522 39.01 12 / 06 61 15 78 06

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV.

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

129,00

129,00

129,00

Professeur Alami Mohamed. 264 Bd Ghandi. Casablanca. Tel 022 390112; Urgences 061157806

129,00

129,00

129,00

129,00