

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

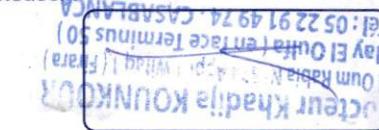
Optique

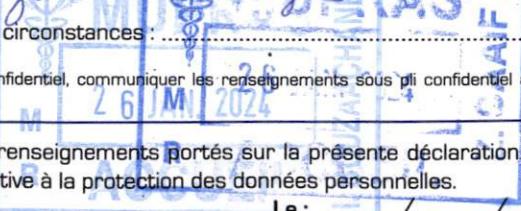
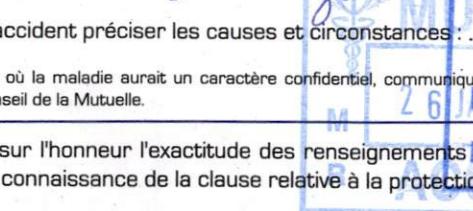
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2452 Société : R.A.M. ND 336
 Actif Pensionné(e) Autre : N92
 Nom & Prénom : BENDI AZEK Dnes.
 Date de naissance : 07.03.56
 Adresse : 5 Rue Ibn Khatib maaqif ext
 Tél. 0663 89 80 22 Total des frais engagés : 421 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 22/12/23
 Nom et prénom du malade : KENFTAoui SAMI RA Age :
 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.
 M 26 JUIN 2024

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 : / /

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
28/12/23	C	1	150 DH	<i>Le praticien a été payé pour les actes effectués le 28/12/23. Les honoraires sont versés dans le délai prescrit par la réglementation. Le praticien a été payé pour les actes effectués le 28/12/23. Les honoraires sont versés dans le délai prescrit par la réglementation.</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PROPHARMA S.A.E.E.K. KANTAR Oulfa - Casablanca Tel. : 06-2-90-40-50</i>	28/12/2024	271.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

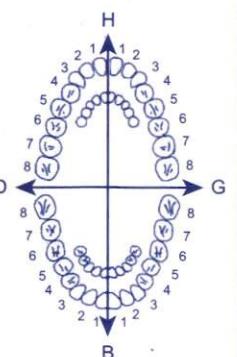
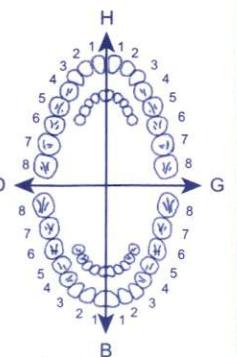
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
																							
MONTANTS DES SOINS																							
DEBUT D'EXECUTION																							
FIN D'EXECUTION																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
B																							
G																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXECUTION																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca , le

28/12/23

37.80x2 NENFAOUZ SAMRA
 (+) Déponezhol 80 jil AS

(2B) PHARMacie EL KAWTAR 10, Bd. Oum Sabou Ferrara 1
 Oulfa - Casablanca Tél. : 022.90.40.50 (3)
 51.00 jil 8 \$ nept AS

(+) Voltaren 50 mg/jet 1-jil 8 AS (6)

(+) Voltaren 100cp

1 pte 10j AS

63,30



⇒ 30.00 dates 20/05/2023



zplenti 210j

63.30

tritazid



zplenti

LOT 220652
EXP 11/2024
PPV 30.00DH

27.00

PHARME EL KANTAR
10, Bd. Oulad El Kaddou Ferrara 1
Oulad - Casablanca
Tel. : 022.90.40.50

محلول للحقن
6 أنابيب من 2

LOT 095123
UT AV 10 2026
PPV 51.00 DH

LOT/EXP.:

HF8913
06/2028
P.P.V:37DH70

LOT/EXP.:

HF8913
06/2028
P.P.V:37DH70

6 118001 030040
VOLTAREN® LP 100 mg

Comprimé pelliculé
PPV : 51.30 DH

1232204 MA TA