

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° W21-807603

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12722

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Dawoud Yassine

193746

Date de naissance :

11/08/1990

Adresse :

20 Lt Fath 2, Sidi Marzouk

Tél. :

0618832742

Total des frais engagés

455,3

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/11/23

Age: 3 ans

Nom et prénom du malade :

Majd Dawoud

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Asthme + diabète

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 : 14/11/2023

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
11/11/13	CS		G	INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE SOCIETE DE SANTE PUBLIQUE NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL RESEARCH SOCIETY FOR PUBLIC HEALTH 11/11/13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MA PHARMACIE 30 BIS, FAUB. ST-DIZIER CAP. 54100 LORIENT Tél: 06 22 78 62 05	11/11/13	455,3 dh.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

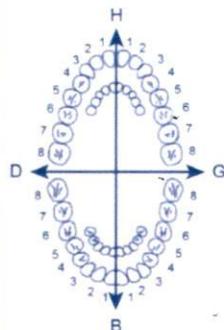
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

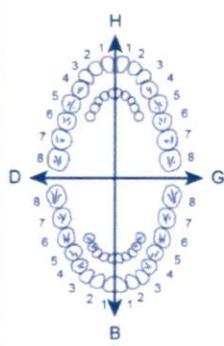
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 14/11/23.

ORDONNANCE

Majd Darmal.

$$125 \times 3 = 375$$

① - Flexotide 125 ug spray (3 mois).
2 bouffées x 2/j

42,20

② - Ventoline 100 spray
2 bouffées x 3/j (4/j).

38,10

③ - ultrafénirine sachet.

T = 455,3

30 Bis Casablanca
Tel : 06 22 78 82 05

30 Bis Casablanca

Tel : 06 22 78 82 05



Hôpital Mohammed Sekkat-Casa

مجموعة

6476

09/21

09/24

BIOCODEX MAROC PPV

3810 DH

صالح لغاية

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV:125,00 DH

ID:652114

6

118001 140329

ID:651983

6

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV:125,00 DH

ID:651983

6

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV:125,00 DH

118001 140329

ID:652386

6

PPV : 42,20 DH

LOT : TD3P

PER : 02/2025