

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

195485 Optique *195485* Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **4805** Société : **R.I.A.M**
 Actif Pensionné(e) Autre : **MOUFID EL MOSTAFI**
 Nom & Prénom : **MOUFID EL MOSTAFI**
 Date de naissance : **01/01/1953**
 Adresse : **HABITATION**
 Tél : **06 61 61 792X** Total des frais engagés : **272 Dhs** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **MOUFID EL MOSTAFI** Age : **50**

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 :

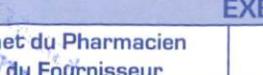
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CHAMAKA** Le : **16/12/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

LOT : 22093	LOT : 22093
PER : 07/25	PER : 07/25
PPV : 135,20 DH	PPV : 135,20 DH
RELEVE D' HONORAIRES	
des	Nombre
Coeffici	des Honorai
	es
	Ilé
	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/21/20	270.40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
MONTANTS DES SOINS 																
DEBUT D'EXECUTION 																
FIN D'EXECUTION 																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX 		
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		G	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
MONTANTS DES SOINS 																
DATE DU DEVIS 																
DATE DE L'EXECUTION 																

M6 = 4805

Date : 15/02/2024

Maroc

MR MOUFLID EL
HO STAFIA

NOVORTAN PLUS CO 150MG/12.50MG B30 COMP

2 135,20 270,40

Total Organisme	0 DHS
Total Client	270,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent soixante-dix DHS et quarante centimes

Pharmacie AHL ALBADR
Dr. LAHLOU BTISSAM
Diplômée de la Faculté de SÉVILLE ESPAGNE
Lot. Al Badr imm. 83 N°8 - Ain Sébaï
Tel: 05 20 24 57 02 Casablanca



صيدلية اهل البدر

PHARMACIE AHL AL BADR

Mme Lahlou BTISSAM ép LAHLOU

Docteur en Pharmacie Séville ESPAGNE



٦٦٤٦٤٣٩٢٤
Addoha Al Badr

١٠٨٠٠٢٠٢٠٢٠٢٠٢٠

Lot Addoha Al Badr Imm 83 Mag N°8 Ain sebaa Casablanca

Tél : 05 22 34 13 39

Patente : 30318324

ICE : 001633311000004

IF : 40158651