

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

Matricule : **OSU67**

Société :

(198204)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

S.E.H.N.A.N I N a m a r a

Date de naissance :

24/12/1954

Adresse :

**Alé doct sijlmari Résidence Taqayat
n° 4 casablanca**

Tél. : **06 48 96 93 53**

Total des frais engagés : **452.203** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05 / 03 / 2014**

Nom et prénom du malade : **S. H. N. N. a m a r a** Age:

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **H.I.A - diabète Type 2 et Bradycardie**

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 : **07/03/2014**

Signature de l'adhérent(e) : **Jay**

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
01-05-2011	2024	2	20000	Dr. Rachid DABIB Médecin S.S. 86, Damas - Syrie Tél.: 05 21 53 30 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie BOUJAMA Dr Imane BOUJAMA lot 5, Louisemen SFA2 N° 6 Tit Mellil - Casablanca Tél.: 05 22 02 17 07	05/03/2024	457.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. A vertical arrow points downwards from the center of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Béchir, Le : 06-03-2024

Nom :

Age :

Sehmami Nâïma

139.2

1) Dilhène ml 300sg SV

78.70 + 54.30

2) Minivon 60mg SV

Pharmacie BOUCHAMA
Dr Imane BOUCHAMA
Lot 5, Loussamont SFA2 N° 02
Tizi Mellil - Casablanca
Tel.: 05 22 02 17 07

3) Neosilva

46.00

4) Elgipmed

29.00

5) Flora

Cachet:

Dr. Rachid BEN MADIEM
Médecine Générale
265, Bd. Dakria - Hay Aouna-Benrechid
Tél.: 05 22 53 30 73

PPV 139,20

LOT

PER

78,70

54,30

LOT : 3008
PER : 03-25
P.P.V : 116DH00

PPU 40DH00
EXP 06/2026
LOT 32011 / 17

LOT: M1071
PER: 06/2025
PPU: 29.00DH

Date de la prochaine visite:

T = 457.2.