

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19-0047340

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	026002	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom :		MOUFLI HOUSS	
Date de naissance :		30/04/1952	
Adresse :		H 252 - lot El Ouid Fst - DEPORA	
Tel. :	06 38 52 23 75	Total des frais engagés	12731.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2014

Nom et prénom du malade : LAALIF SAADIA, Age: 67

Lien de parenté : Lui-même Bonjoint

Nature de la maladie : Osteopathie

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.

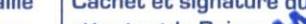
Fait à : DR. LALIF

Le : 06/03/2014

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
06/03/2024	CS		300 Dr	  Dr. BELAKSIR LAMDA Rhumatologique 15-16-17-18 Grand-Centrale Casablanca - Gam : 06 80 83 22 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Immeuble 84, Lot NAIT N°4-DEROUAN 61 22 22 51 17 61 22 22 51 00	06/03/24	973,16

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

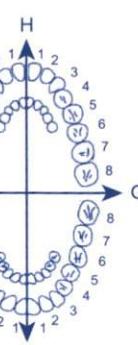
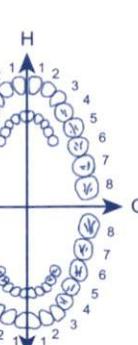
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BELAKSIR LAMYA

Rhumatologue

Maladies des os & articulations

Pathologies de la colonne vertébrale

Ostéoporose

Échographie ostéo-articulaire

Biothérapie

Plasma riche en plaquettes



الدكتورة لمياء بلقشير

أخصائية أمراض الروماتيزم

العضام والمفاصل

أمراض العمود الفقري

هشاشة العظام

الفحص بالصدى المفاصل والأوتار

العلاج بالأدوية البيولوجية

التدابير

06/03/2024

ORDONNANCE

casablanca Le:

LAFIF SAADIA

• defax 30 - Comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 07 jours puis 1/2 cp par jours, pendant 1 mois

• Flex-tonic - comprimé

1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 1 mois

• curcudose - Gélule

1 Gélule, matin, après les repas, pendant

• isox 200 - Gélule

1 Gélule, midi, après les repas, pendant 1 mois

• Prazol 20 mg - gélule

1 Gélule, soir, au coucher, pendant 1 m

• codamol - Comprimé

1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant

• Sirdalud 4 mg - comprimé pelliculé

1Comprimé, soir, au coucher, pendant 1 mois

PPV : 89 DH 70

CODAMOL PLUS
16 comprimés effervescents
P.P.V. : 28,80DH

6 118000 191872

CODAMOL PLUS
16 comprimés effervescents
P.P.V. : 28,80DH

6 118000 191872

N° 263, 1er étage, Bd. La Grande Ceinture (En face kissariat Aziza) Al Hay Mohammadi Casablanca
رقم 263 الطابق الأول شارع الحزام الكبير (أمام قيسارية عزيزة) الحي المحمدى الدار البيضاء

Tél.: 0522 62 86 72 • Email : Lamyabelaksir@gmail.com