

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.

N° W21-817333

2023

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 11460	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KANBOUI NABIL		
Date de naissance : 12 - 03 - 1975		
Adresse : rc 58, Rue 3, qasr YOUSRA, OULFA, CASA		
Tél. : 0661 05 21 35	Total des frais engagés : 418,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 15 - 03 - 2024	
Nom et prénom du malade : KANBOUI NABIL	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age : 18	
Nature de la maladie : Affection ORL	
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 15-03-2024**

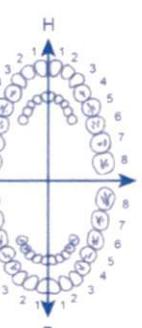
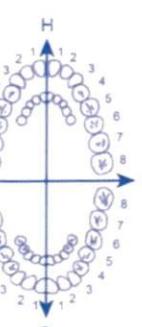
Signature de l'adhérent(e) :



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
15-03-2014	204. C		300 DT	INP 15-03-2014 INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Dr. DERIAZIZA Localement Youssra, Lot 115 Zoubla CASABLANCA	15/03/2024	118 Dhs

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

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>														
		Montants des soins <input type="checkbox"/>														
		Début d'exécution <input type="checkbox"/>														
		Fin d'exécution <input type="checkbox"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>														
		Montants des soins <input type="checkbox"/>														
		Date du devis <input type="checkbox"/>														
		Date de l'exécution <input type="checkbox"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																



د. البغدادي الطيب
Dr. BAGHDADI Tayeb

مراحة:
الانف،
الدرقية
ليبيضاء

LOT 233641
EXP 11 2025
PPV 86.90 DH

Spécialiste de
Oreille
Gorge
Lauréat
et de

ORDONNANCE

Casablanca, le ... 15.03.12h

M. KANZOU. Ilyass

86.90

Sorex 1g (S)

215 Fr 75

1 sachet

une fois

13,70

Dolosip (S)

3g

215 Fr 025

1 g 81 Dolor

10,10

Otrivine

215 Fr 055

2 ver ins

T: 118,70

PHARMACIE NAMAM
DR. DERI AZIZA
Bâtiment Youssra, Lot 15,
Zaouia CASABLANCA

Dr. BAGHDADI Tayeb
Spécialiste
ORL Chirurgie Sinus- Facial
Tél: 05 22 89 93 75

Tél.: 05 22 89 93 93

Urgences: 06 68 52 19 17

drbaghdadi@hotmail.com

25, Bd HH24, (Rond-point George, Bd Oum Rabil) Oulfa - Casablanca
25. شارع HH24، تجربة مولاي التهامي، (مدار جورج وشارع أم الريبيع)
حي الالفة - الدار البيضاء

LOT M0842
EXP SEP 2026
PPV 18.10 DH