

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAGASS Lahcen

Date de naissance :

01-01-1936

Adresse :

El Hadjouni CHERAT Rue N° 1 imm. 82

n° 1 El ouffa Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 265,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. CHAWQUI
Jamila V Rue 120 N° 5
Tél: 022.37.29.71-Casa 04

Date de consultation :

27/02/24

Nom et prénom du malade :

RAGHABIASI CEN Age: 89

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection à MAR Procto-rectale

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 : 18/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

LAZARUS

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
27/02/2021	2x1 C	1	150,00	Dr. M. CHAWQUI Jamila V. Bao 120 N° 5 Tél: 022.37.29.71-Casa 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/02/24	113,40

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'ODF.

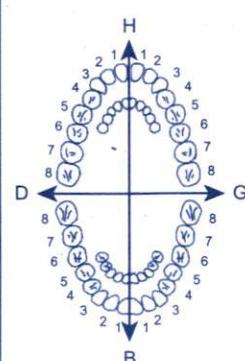
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11432553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed chawqui

Ex. Médecin A. Militaire

MÉDECINE GÉNÉRALE

Jamila 5 Rue 120 No 5 1er Etge

Tel: 05 22 37 29 71



الدكتور محمد شوقي

طبيب مصري سابق

الطبي العام

جبلة 5 ذقة 120 رقم 5 الطابق 1

05 22 37 29 71

مايو 1

M. BAGAS Lahcen Casa : le 27/02/24

وصفة طبية

ORDONNANCE

5140

- Anoxipif 1f c d
rock 200 mg ad 1/4



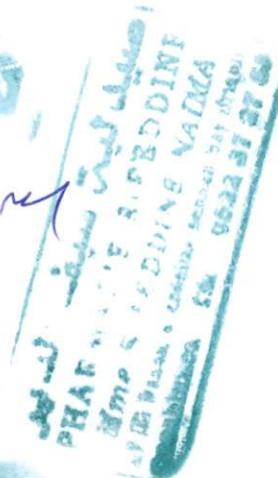
5140

- Roxip late 200 mg
rock 300 mg ad 1/4



1660

- Biferalgine n° 1c



5340

- Maxidol 600 mg



AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

EFFERALGAN[®] vitamine C
20 comprimés effervescents



6 118000 030928

3/2026

LOT 35038 3

PPV : 16DH60

PPV : 51,40 DH
LOT : 653018
PER : 06/25

BiOMYLASE[®] 3000 U.GSPM
24 comprimés enrobés



6 118001 200900

PPV:51DH40