

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-512415

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>9113</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ELZAHOF YOUSSEF</u>			
Date de naissance : <u>le 26 octobre 1966.</u>			
Adresse : <u>N° 32, RD DUES EDADAB, Jemaa El Fna Casablanca</u>			
Tél. : <u>27-83</u> Total des frais engagés : <u>99</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>21/02/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>KENNAF quassim</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>lumbago</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>20 FEV. 2020</u>			
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 : <u>Casablanca le 29 fev 2020</u> Le : <u>29/02/2020</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			

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.

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
11/02/2011	200	2	200	INP : 06 78 72 10 00 GSM : 06 78 72 10 00 Cpb : 05 23 31 59 24 Mohammedia MÉDECIN EN EXERCICE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ORTHOPEDIE DU MAGHREB M. TALI YOUNES AVENUE DES F.A.R.M. 05 23 32 24 16	11/02/2022	114,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed MIYARA

RHUMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne-France

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Osseuses et des Articulations

Maladies des Muscles et de la colonne Vertebrale

Médecin Expert

الدكتور محمد ميارة

اختصاصي في الروماتيزم

وأمراض العظام والجهاز العضلي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بسانتيان فرنسا

طبيب خبير

Mohammedia, le 11 FEV 2020 المحمدية، في

MR ZEHHAF YOUSSEF

53.10

RELAXOL

22.50



cp au coucheur



FELDENÈ dispersible 20 mg boite de 05 1 cp/J dans ½ v

heure après

Le repas DE MIDI

38.50



1 cuil à soupe après le repas



NEUTRAL

114.10

1 cuil à soupe après le repas

DE MIE

PPV 380H50
EXP 10/2022
LOT 99025 1

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

21, Avenue des F.A.R.
1er Etage-Mohammedia

العيادة : 05 23 31 59 24
GSM : 06 78 72 10 00

21، شارع الجيش الملكي
الطابق الأول-المحمدية

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

العيادة : 05 23 31 59 24
GSM : 06 78 72 10 00

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

العيادة : 05 23 31 59 24
GSM : 06 78 72 10 00

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

العيادة : 05 23 31 59 24
GSM : 06 78 72 10 00