

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

- Reclamation : 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° W19-445361

40123

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6209	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Selsti kand	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06.66.31.02.10	Total des frais engagés : 1000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr HARRAFOUT Abdellah Prise en charge et radiologie Chirurgie, Traumatologie et orthopédie 22 Rue Allal Eddine Assayouri - Casablanca - 20000 Tél: 05 22 94 59 45 - Fax: 05 22 94 54 12			
16 SEP. 2020 : ACCUEIL			
Date de consultation : 01/09/2020			
Nom et prénom du malade : Selsti kand			
Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gonarthrose droite			
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 : _____ / _____ / _____

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
01/09/2012	S		1200	DR. HAFSAOUI Abdellah Professeur Chirurgie Traumatologique-Orthopédique Rue Jallal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca 318, Lot. Nassim Island Casablanca - Tel: 05 22 94 59 45 GSM: 0661 50 54 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Bennoune Nassim Island Casablanca - Tel: 05 22 93 80 80	01/09/2012	1196,10
	11/09/12	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

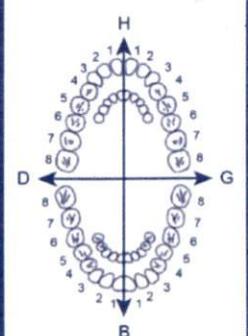
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

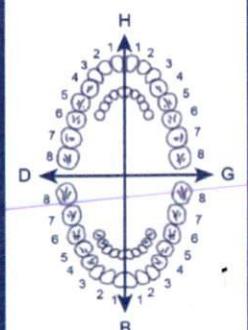
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PPV: 190DH
Lot: AA0299001
EXP: 12/2021

PPV: 198,00 DH eur
PVC: 198,00 DH eur

PPV: 190DH
Lot: AA0299002
EXP: 04/2022

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

atologique - Orthopédique

حاجة العظام و المفاصل



Casablanca, le 07/09/2022
الدار البيضاء في

Selti Kamal

11800
X1

① Voxcib 200



11800

② Andol 1

1pc 25

35



صيدلاني
اسكان
Pharmacie Nassim Islane
Dr. Bennouna Soumaya
318, Lot. Nassim Islane Lissasia
Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 98

118,00

③ Mociceftol

1pc 25



118,00

④ Chlorthalid 400

1pc 25



118,00

⑤ Dolens

2pc 25

2pc 25



الدار البيضاء في
اسكان
Pharmacie Nassim Islane
Dr. Bennouna Soumaya
318, Lot. Nassim Islane Lissasia
Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 98

LOT: 20069
PER: 12/21
PPV: 144,00

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

PPV: 190DH
Lot: AA0299002
EXP: 04/2022

PPV: 190DH
Lot: AA0299002
EXP: 04/2022

PPV: 190DH
Lot: AA0299002
EXP: 04/2022

15826000092