

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2145 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD RAHHAL

Date de naissance : 01/07/52

Adresse : HAY CHEKH. LAM FADEL Rue ESS.ANOUBA 1
N° 15 SALE

Tél. : 0665456405 Total des frais engagés : 339.40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Maryam KIYOU
Médecin Généraliste
Tél. 0633.22.67.20

Date de consultation : 16/09/2020

Nom et prénom du malade : AZIZ AMINA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cystite

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 déclame avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : AS

Le 16/09/2020

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
16/09/20	CS		100000	Dr. Maryam KNOU Médecin Généraliste 633.22.67.20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Douaie Rue Al Arak Hot Chkif Lamine Sale Tel 0537803744	16/09/2020	239,10

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
		AM	PC	IM	IV	

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'ODR.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow at the top center points upwards, and a horizontal arrow at the bottom center points to the right. The numbers on the teeth are as follows:

- Upper arch: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

(Création, remont, adjonction)

L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



22/15

63,80

pharmacie de Rabat

Dr. Maryam KIYOU
Sialle Généraliste
Médecin Généraliste
Tél: 0633.22.67.20

سلافي :

99,40 Ceroxin 250 Ncp x 21; 05 ir

53,60 21 Contiflo Ncp 1; 1esoir 10ir

63,90. 31 Bi profenid 100 Ncp 1; 10ir

22,50.
41 Aniz Ncp 1; 1esoir 07ir
239,40

Dr. Maryam KIYOU
Sialle Généraliste
Médecin Généraliste
Tél: 0633.22.67.20

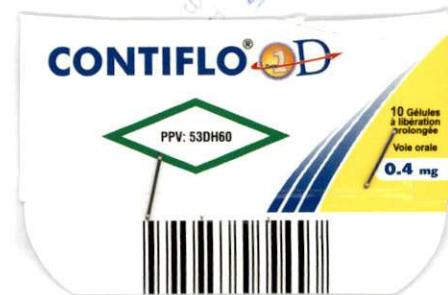
الفروكي الصغير - برج بوعزى زعير رقم 92 الطابق 1
الهاتف: 06 33 22 67 20

PPV:
Lot n°:
EXP:

99DH40
203859/1
02/2022

21/09/20

UOXIT matrim 30
stationenso normus
05/10/25/0080481



UOXIT matrim 30
stationenso normus
05/10/25/0080481