

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W19-421627

41955

CA

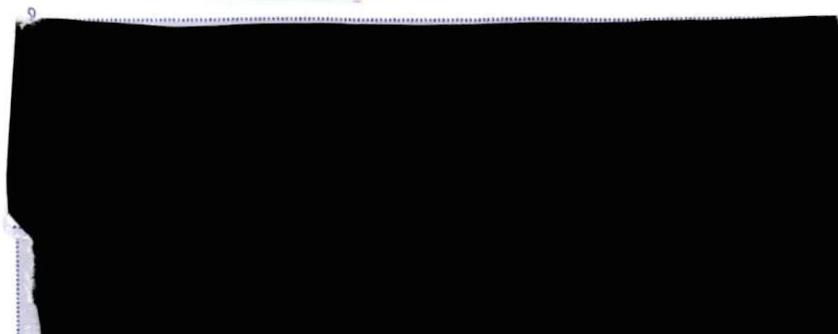
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11244	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
MOUSSAID ABDELKARIM			
Date de naissance :			
15-1-1964			
Adresse :			
Habiteville			
Tél. : Total des frais engagés : 550,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
26-09-2010			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Moussaid Abdelkarim			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
ITA - Athé, colère			
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
26/09/2020	5130X			INP : 1900000000 ABBE Léon Génier Généraliste Capuyen Cité cas blanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2023	480,22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 26533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital

Mohamed BOUAFI



الدكتورة لطيفة البابي

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى

محمد بوافي

ORDONNANCE

Casablanca, le: 26/09/2022

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

M^r

Abdelkader Mansour

40,40 1) Metospasmol

160 x 3/1

63,30

63,30

63,30

63,30 X 3 2) Nitazide 10195

63,30

PPV : 52DH80
PER : 08/22
LOT : J494-3

52,80

3) Prazol.

39,00

140 x 3/1 pdt 03 mois

39,00 4) Mefen.

100 x 4/1

39,00

34,00 5) Myantalgic

150 x 3/1

20 comprimés effervescents

219, Avenue Lahraouine, cité Djemaa (Sbata), 1er Etage
(Au dessus de pharmacie Erraha)

Téléphone: 05 22 59 87 01

219 شارع لهرابين، قرية الجماعة (سيطة)، الطابق الأول
(فوق صيدلية الراحة)

الهاتف: 05 22 59 87 01

MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents
PPV 34DH00
EXP 11/2022
LOT 980393

64,10

6) Aximycine



14x2/10g odt pdt

49,24 S1

Hay Al Outra N-161 Ancho
Fer 05/22/2023
PHARMACEUTICALS LTD.
AELISI AL DIA

ABIBI 11/11/2023
Gentafra
Lubrifiant cas bla
Page 10
10/2023

AXIMYCINE® 14 comprimés dispers

PPV 64DH9 AVI

LOT 90007 1
EXP 02/2022

Hay Al Outra N-161 Ancho
Fer 05/22/2023
PHARMACEUTICALS LTD.
AELISI AL DIA