

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

M22- 0039076

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>9102</u>	Société : <u>133252</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Messaïr</u>		<u>Maârouf</u>
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	/	
Nom et prénom du malade : <u>BÉNINANT SANAA</u>		
Age :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :		
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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 [Empty box]
			MONTANTS DES SOINS [Empty box]
			DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
			FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS [Empty box]
			DATE DU DEVIS [Empty box]
			DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° d'identification
135393149

Nom et prénom
BENNANI SANA

Date de naissance
13/02/1973

CIN/Passport
J278102

DÉTAIL AMO

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
80460881	212.81	Payé	03/08/2022		Virement assuré

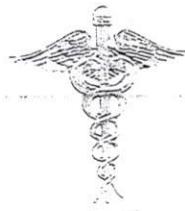
Bénéficiaire

BENNANI SANA
BENNANI SANA

بيانات الأداء والصور					
نوع وملف طبیب الأداء أو البیانات	توقيع الطبيب	العنوان	الرقم	العنوان	الرقم
بيانات الأداء	_____	_____	_____	_____	_____
بيانات الأداء	_____	_____	_____	_____	_____
بيانات الأداء	_____	_____	_____	_____	_____

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		جريدة الوصيفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
نحوه ونامع الصيدلي أو مهني التجهيزات الطبية		Signature du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
نحوه ونامع الصيدلي أو مهني التجهيزات الطبية	Signature du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	نحوه ونامع الصيدلي أو مهني التجهيزات الطبية
نحوه ونامع الصيدلي أو مهني التجهيزات الطبية	Signature du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	نحوه ونامع الصيدلي أو مهني التجهيزات الطبية

Docteur Nham Chah



لـدكتـورـة الـهـامـ شـاهـ

الجلب العام

الْفَحْصُ بِالْحَدِي

Ordonnance

Casablanca, Le

卷之三

© 2024 All rights reserved. El Batailleur 2 Mars - Etage Appi N° 2 - Casablanca

الهاتف: ٠٥٢٢٨٣٤٥٢ - ٠٥٢٢٨٣٧٤٤

زنقة عبد السلام الخطاب، شنارع ٢٨١، الطالبنة، طرابلس، لبنان

Docteur Ilham Chah.

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

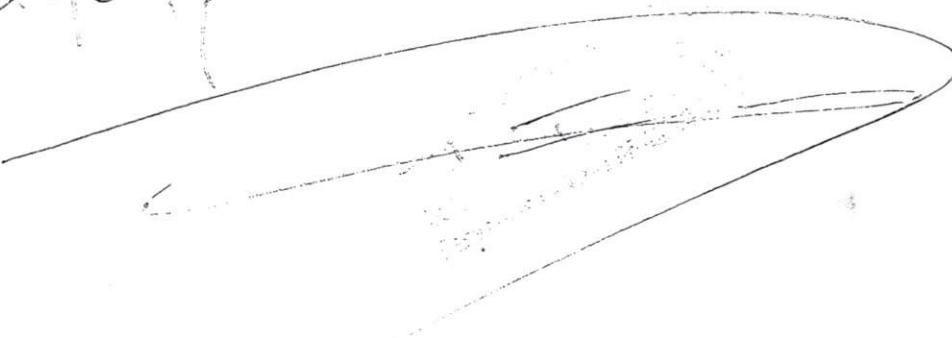
الفحص بالص

BENJAN S. S. no 2 -
Ordonnance

Casablanca, Le

15/2/2011

Sokoue d'ce → 75
2000 Dernier pos
Dose → 190 mg
100 ml



3, Rue Abdeslam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف : 0522837444/0522283452
Tél: 0661468449 المستجدات :

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارين الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء