

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

- 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Charif Abdellah

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56 Hay Mansouria Rue 18 Casablanca

Tél. : 06 51 57 63 44

Total des frais engagés : 12143,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HOUUDA EL YATHME
Médecin
Service des Urgences
CHP Ben M'sik Casablanca

Date de consultation : 06.01.2023

Nom et prénom du malade : CHARIF Abdellah

Age : 55 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + Goutte + Angi

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

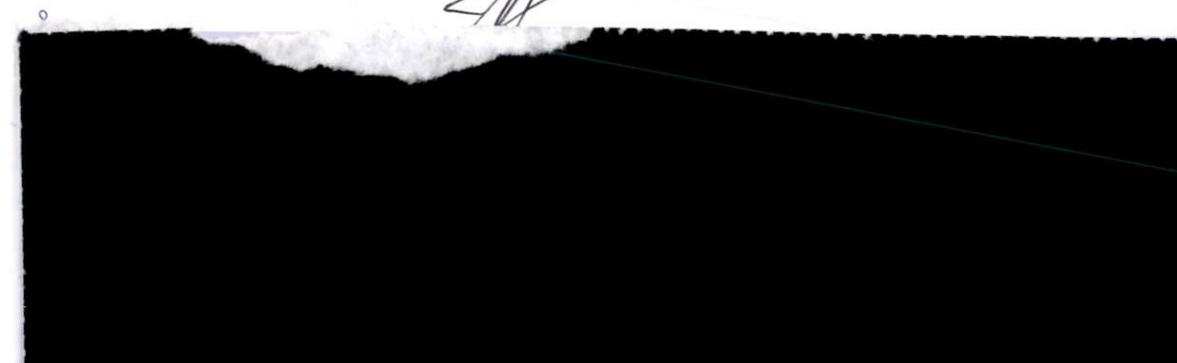
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 06.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0006489

14/7/23

Autres

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé par Sacheur	Signature du Médecin Attestant le Permettre des Actes
06/01/23	C	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/23	1243,50
		PA11371111 TCE: 00153432730003

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (Nature of treatments: Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)	Coefficient (Coefficient of treatment)																				
				Coefficient des Travaux (Coefficient of work)																				
				Montants des Soins (Amount of treatments)																				
				Début d'Execution (Start of execution)																				
				Fin d'Execution (End of execution)																				
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	00000000	00000000	11433553	B			
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	00000000	00000000	11433553																					
B																								
		Coefficient des Travaux (Coefficient of work)																						
		Montants des Soins (Amount of treatments)																						
		Date du devis (Date of estimate)																						
		Date de l'Execution (Date of execution)																						

Casablanca, le : 06/01/13

ORDONNANCE

Nom : CHARITÉ

Prénom : Abdelkhan

195,000⁴)

1- EXFOR

(4x 43.20) 1.00

2)
150,40

3)

41)

140,20¹ ♂

Sept 14

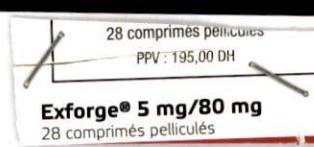
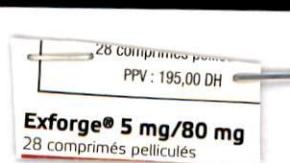
1243.40

Page 5/6

CE-10

A circular stamp with a double-line border. The outer ring contains the text "ROYAUME DU MAROC" at the top and "MINISTÈRE DE LA SANTÉ" at the bottom. The inner circle contains "HÔPITAL PRÉFECTORAL" at the top, "BEN M'SIK" in the center, and "URGENCES" at the bottom. There are four five-pointed stars, one in each quadrant of the inner circle.

Dr. MOUAD EL YATIM
Médecin Cachet et Signature
Service des Urgences
CHP Ben M'sik Casablanca



- 2
- 43,20
- 43,20
- 43,20
- 43,20
- 3
- 150,40
- 4
- LOT : 210329
PER : 02-2024
PPV : 140,20 DH