

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0026155

Optique

ALI 2858

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MUSTAFA

Date de naissance : 30 JUL 1957

Adresse : 02 RUE DU JIJI RE. RESIDENCE SAMIA 5^e ETAGE ADDI N° 11 MERS SULTAN CABIA

Tél. : 0670 93 02 05 Total des frais engagés : 112.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : CHABIA Le : 02 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : CYR

 MUPRAS

ACCUEIL BOUZACHANE
02 FEV. 2023

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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

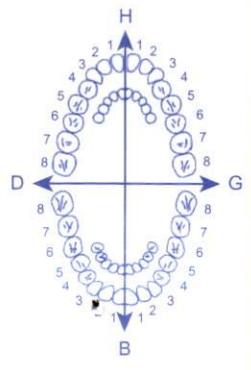
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre Sérali Orthopédie - DEECHERHISLOGIE	27/04/2023	FACTURE				2000DH
		de 10 séances				
		de redynost				
		orthopédique				

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

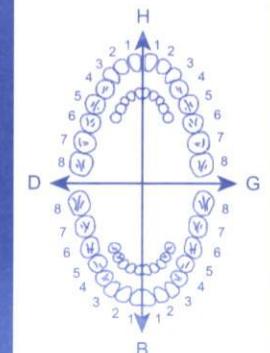
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

er un décompte lié au dossier
er un devis lié au dossier

ssier: 142856 

ssier externe: ACC-03710-28/12/2022

le dossier: OPHTALMOLOGIE

iciaire: RACHID SOUMIYA

ion: En attente

situation: ---

le début: 28-12-2022 

le fin: 

le saisie: 28-12-2022

ment: 

entaires pour l'édition

 Ajouter

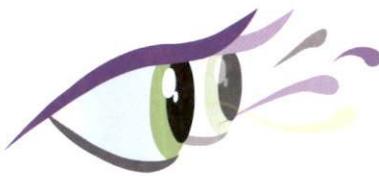
entaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
9-12-2022	Manuel	OK 10 séances d orthopédie Aff oculaire

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 27/01/2023

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom: DENNOURI SOUMIYA

Examen: 10 Séances de rééducation orthoptique

Prix: 200DH X 10=2000 DH

(DEUX MILLE DIRHAMS)

1^{er} séance → 07/01/2023

2eme séance → 09/01/2023

3eme séance → 12/01/2023

4eme séance → 14/01/2023

5eme séance → 17/01/2023

6eme séance → 19/01/2023

7eme séance → 21/01/2023

8eme séance → 23/01/2023

9eme séance → 25/01/2023

10eme séance → 27/01/2023

Mme. SERRAJ Hanane EP. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. WALILI - Casa
Tél: 05.22.26.26.26 - GSM: 14.47.14.26