

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 à caractère personnel.

M22- 0025662

148685
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2480 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE Abdellouahed

Date de naissance : 29.3.53

Adresse : HAY MARZOLA Rue 1 N° 154

..... HAY HASANI casa blanca

Tél. : 06.62.70.43.65 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INP : 091019786

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOUSTAHSINE Abdellouahed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tbc

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

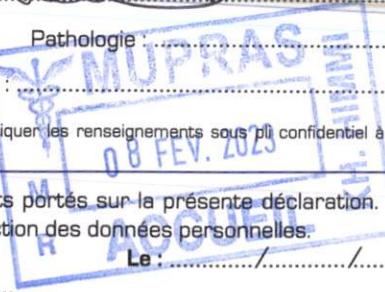
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / / 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
09.01.23			3000 DT	Dr. BEN AYAD Endocrinologue Ave. 7000 Immeuble Communal Bab El Oued 16022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2023	187,30

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
		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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CERTIFICAT DE MALADIE DE LONGUE DUREE

L'intention du Médecin les Organismes de Protection Sociale le et des Assurance :

Je soussigné(e) Docteur BENABBES TAARJI F.Z Endocrinologue Diabétologue

Certifie que M.(elle,me,r) MOUSTAHSING ABDELLAHED âge(e) de 70 ans

Suivi(e) dans notre cabinet pour une maladie de longue durée donnant droit à l'exonération

Ticket modérateur :

*Diabète Insulinodépendant

*Goitre simple

*Diabète no Insulinodépendant

*Goitre opéré

*Hyperlipidémie mixte

*Hypothyroïdie

*Hypercholestérolémie

*Retard de croissance

*Hypertriglyceridémie

*Autre

Certificat fait à Casablanca, Le 09/11/13 et remis à l'intéressé(e) en mains propres

De servir et valoir ce que de droit.

Signature et cachet de Médecin

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

8450

N° CIN : B 240054

Adresse :

HAY MAZOLA Rue 1 N° 154, HAY HASANI casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. *Mousnia HSI N° 430262016*

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*Tyroidectome totale per coupe
Tyroïde*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

new type 2 adhés + 6 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 16.05.2023

Cachet et signature du médecin traitant :

*Docteur BENABBES TAARIFI
Endocrinologie - Diabétologie
Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage Casablanca
S. 3 au 5. 2023*

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées