

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000834

Société : MAROCIR RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJATE

BOUTAIB

Date de naissance :

1955

Adresse : LOTAT ADAMINE RUE 3 NR 190 VL FA Casablanca

Tél. : 0600200437

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/01/2023

Nom et prénom du malade : BOUTAIB Majat Age : 1955

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : personne dentaire Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : PPRAS

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

2 EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Commis de Pharmacie

PHARMACIE RÉGULIÈRE
Siham G. A. S. S. S.
Docteur en médecine
4, Résidence Annam Oulfac
ret: 05 22 89 43 09 - Casablanca

0922050293

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

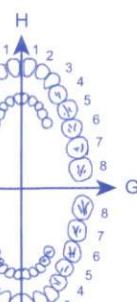
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		C_s C_5	Coefficient des travaux C_5
			Montants des soins Général
			Début d'exécution 12/01/23
			Fin d'exécution 12/01/23

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

L'EXECUTION

Lot:

Exp:



Lot:

Exp:

PRESIDENT®

Her
G
G
A

PER : 07/24
LOT : 650490
PPV : 34.60 DH

AMOXIL 500mg
12 comprimés dispersibles



الدكت

دكتورة
خريجة كلية
ملحقة سابقاً بالـ
(مركز)

6023

PRESIDENT®



Safe Gums



793

PHARMACIE RESIDENCE ANNAM
Sidi Abdellah - Casablanca
1er Etage - Appartement 15 - Oulfa
4, Residence Annam - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

CNT

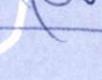
Rugge 3/3



- President antibactérien (dentifrice)



Bouchra 3/3



Dr. HAROUCH Bouchra
Chirurgien Dentiste
Opération Dakhla - GHT A - Imm 2
1er Etage - Appt 15 - Oulfa - Casablanca

ICE : 0016612600005

المجمع السككي الداخلي - 15 - Oulfa - Casablanca - Tel : 05 22 90 30 66 - المحمول : 05 22 90 30 66 - المايل : 05 22 90 30 66 - البريد الإلكتروني : habouchra@yahoo.fr

Opération Dakhla, GHT A, Imm2, 1er Etage, Appt 15 - Oulfa - Casablanca - Tel : 05 22 90 30 66

E-mail : habouchra@yahoo.fr