

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-000234

152154

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07364 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENOUNY AMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 266842 Total des frais engagés : 359,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/02/2023

Nom et prénom du malade : MENOUNY RITA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection gynécologique

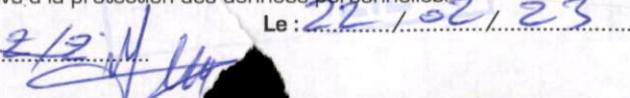
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 22/02/2023

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
22/2/23 C2			300.00	GYNOLOGIE ACCOUCHEUR MELITA DUVIGEANT S. MESTASSI 02 51 91 10 00 0522 21
3/3/23 C			C	GYNOLOGIE ACCOUCHEUR MELITA DUVIGEANT S. MESTASSI 02 51 91 10 00 0522 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture.
PHARMACIE DAOUSSI Daoussi Rachid Docteur en Pharmacie El Al Othman - Sidi Maârouf Blanca - Tel : 0522 58 70 00	22/02/2023	59,80

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) arranged in two rows. Each tooth is accompanied by a symbol representing a specific dental condition or treatment:

- Upper Row:**
 - Tooth 1: H (Hypodontia)
 - Tooth 2: C (Crossbite)
 - Tooth 3: P (Pulpitis)
 - Tooth 4: S (Supernumerary)
 - Tooth 5: M (Malocclusion)
 - Tooth 6: A (Abnormal position)
 - Tooth 7: L (Loose tooth)
 - Tooth 8: R (Resorption)
 - Tooth 9: T (Tetracycline staining)
 - Tooth 10: F (Fracture)
 - Tooth 11: B (Bruxism)
 - Tooth 12: N (Natal tooth)
 - Tooth 13: G (Gingivitis)
 - Tooth 14: E (Ectopic萌芽)
 - Tooth 15: D (Deciduous tooth)
 - Tooth 16: V (Vitality)
- Lower Row:**
 - Tooth 1: C (Crossbite)
 - Tooth 2: S (Supernumerary)
 - Tooth 3: P (Pulpitis)
 - Tooth 4: H (Hypodontia)
 - Tooth 5: M (Malocclusion)
 - Tooth 6: A (Abnormal position)
 - Tooth 7: L (Loose tooth)
 - Tooth 8: R (Resorption)
 - Tooth 9: T (Tetracycline staining)
 - Tooth 10: F (Fracture)
 - Tooth 11: B (Bruxism)
 - Tooth 12: N (Natal tooth)
 - Tooth 13: G (Gingivitis)
 - Tooth 14: E (Ectopic萌芽)
 - Tooth 15: D (Deciduous tooth)
 - Tooth 16: V (Vitality)

The diagram is oriented with **H** at the top, **D** on the left, and **B** at the bottom.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Danielle DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاضي
خريجة كلية الطب بمونبولييه
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

Le : 22/02/23. (بالموعد)

Ménouney Ruteq

PHARMACIE DAOUSSI
Daoussi Rachid
Docteur en Pharmacie
38, Lot Al Othmania Sidi Maârouf
Casablanca - Tél.: 0572 58 30 94

59,80 - Feldene 20mg

1 pc de l'allaitement de dg

1 pc de l'Hay

1 pc de l'Hay

T = 59,80



Dr. Danielle DUVIGEANT
MESTASSI
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
4, Place Maréchal - Casablanca
Tél. : 0522 27 75 50 / 0522 27 69 05