

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.

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

Matricule : 1.025 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAALEJ ABDELHAK

Date de naissance : 31-12-1978

Adresse : Hme

Tél. : 0667513829 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/03/2023 Nom et prénom du malade : laalej Abdellak Age : 44 ans

Lien de parenté : Frère Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sécheresse oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23 MAR 2023

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 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : laalej Abdellak

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
20/1/23	C	C	15000	Dr. Yasmine MASSAOUDI Médecin Généraliste Tél. : 05 22 78 08 47 Rd Sidi Maârouf - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

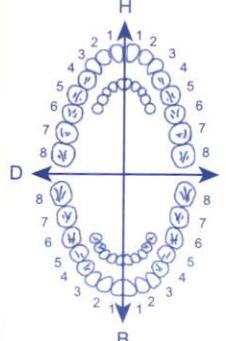
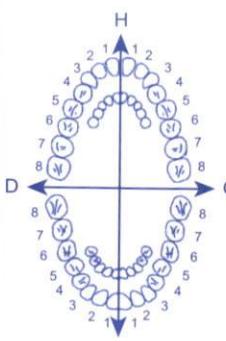
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMINE KOUHENE Amine, N° 65 Résidence Amine, Casablanca Sidi Maârouf - Casablanca Tél. : 0522 97 25 85	30/1/23	80,00

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'axe principal en fonction de 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																
																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
																			
MONTANTS DES SOINS																			
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</th> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td colspan="4">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </tbody> </table>				O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	D	00000000 35533411	00000000 11433553	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G																
D	00000000 35533411	00000000 11433553	B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			



ORDONNANCE

Mr Laalej Abdel Hak

80.00

Y Navitae goutte oculaire
1 goutte x 2/j p't 1 mois

