

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34821 Société : DAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ADEL Abdelhamid

Date de naissance : 18/04/52

Adresse : 23 Rue Ibnou Habbab - Yaacif - EATA

Tél. : 0661 31A5421 Total des frais engagés : 1538,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : ADEL

Lien de parenté : 23 MARS 2023 lui-même

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : ALD

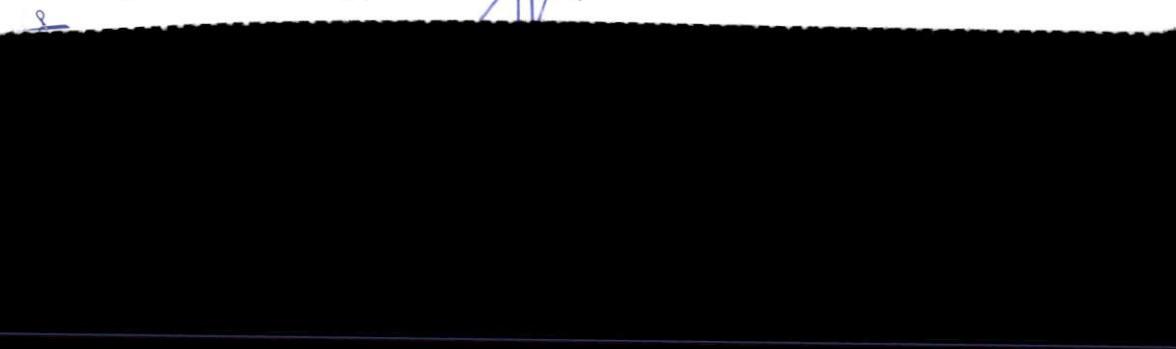
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ischemie

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 : Casablanca Le : 25/03/2023

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
03/03/22			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/22	382,80
	21/02/22	856,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

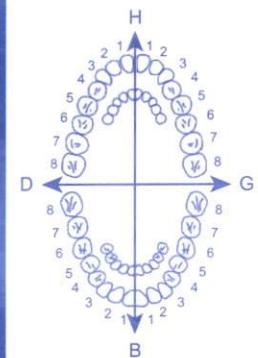
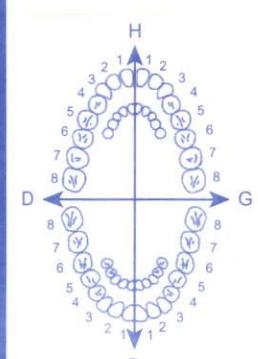
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des travaux
				
ODF PROTHESES DENTAIRES	Determination du coefficient MASTICATOIRE			Montants des soins
	H	D	G	
	25533412	00000000	21433552	
	00000000	00000000	00000000	
	35533411	00000000	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
Date du devis				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بلييل

طبيب سابق ب المستشفيات الفرنسية



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

Consultation le 03/03/2023

M. ADEL Abdellahim



273,00

Exforge 10/160 1/1

27.70

Cardiaspirine 1/1 3mg

82,10

Enzym 20 1/1

382.80

INPI

092042365



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benn al souam roches
noires casablanca
INEXTIUM

20 mg
Boîte 14
640/500/21NRO P.P.V: 82.10 DH
6118001 020591



PHARMACIE MERCURE

Page :1

Docteur Selma TAZI

FACTURE

N° FACTURE :127900

Date : 21/03/2023

Client :

ADEL ABDELHAMID

Total TTC = 856.00

Arrêteé La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-CINQUANTE-SIX DHS

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL:0522274626

TP: 34207111 IF: 53574612 RC: 570891 CNSS: 1513648 ICE: 003216012000039 INPE: 092042365