

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.



Déclaration de Maladie

M23-004654

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7258 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDAIMI ANAS

Date de naissance : 31/01/65

Adresse : VILLE ANDIS D'ALOCA DAN BOUZET

Tél. : 0661370232 Total des frais engagés : 609,32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/23

Nom et prénom du malade : OUDAIMI YOUSSEF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : Casablanca Le : 17/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
12/04/23	ca	3,700,00	MEKODAR Habiba Séjour ambulancier	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date INPE	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">INPE BAYSAJARDOU ROUTE D'ABIDJAN TEL: 05 22 08 32 69 FAX: 05 22 08 32 69</p> <p style="text-align: right;">INPE BAYSAJARDOU ROUTE D'ABIDJAN TEL: 05 22 08 32 69 FAX: 05 22 08 32 69</p> <p style="text-align: right;">INPE BAYSAJARDOU ROUTE D'ABIDJAN TEL: 05 22 08 32 69 FAX: 05 22 08 32 69</p>	17/04/93	31930

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

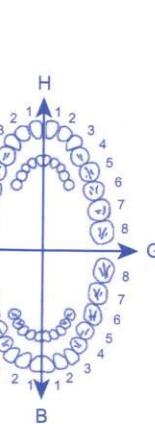


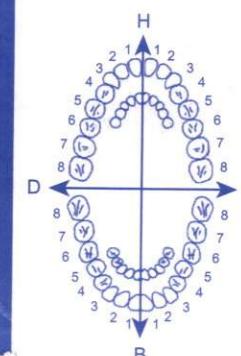
 Diagram illustrating the flow of dental treatments across the upper and lower dental arches, centered around points H, G, and B.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
T	

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00 DH

PPC: 83,50 DH
PER: 03/2025
LOT: 20158

LOT: 651321
PER: 11/24
PBU: 126,30 DH

700366 000580
3
0459
CE

Dr

CN 172330.7
ACL 470 196.9

Dr

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

126,30

1 Aug 15

1 p.61 = 2,4 8 -

7 83,00 Rhinocort A F

2 p.314 1 = .

7 Fluis — pip-p

2. = 3,4 8 .

7 Solydol

3,4 14 3 ,

140,00

7 Oeds

T. 349,30

Docteur Fouad MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Chambre C.R.B. Beauséjour
198 Bd. Ghandi Casablanca
INPE: 091112102

SAVACIE LES JARDIN'
L'OCEAN BAY Sari A.
Route d'Agadir km 1
Bouazzi Casablanca
Tel: 05 22 99 42 40 P. 3296 3422
100369