

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.

M22- 0014704

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 566 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHIRI LAÏLA

Date de naissance : 19/01/1939

Adresse : 6 Rue Polain El BADI ANDALOUZA

Tél. 0661 200379 Total des frais engagés : 347,75 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 MAR 2023

Nom et prénom du malade : TAHIRI LAÏLA Age : 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : Carabassé Le : 27/03/2023

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 l'exactitude des Actes
27 MAR. 2023	<i>Ca</i>	—	302	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACIE L'ORCHIDEE Angle Boulevard Ghandil & Route d'Azemmour 21500 CASABLANCA Téléphone : 05.22.36.66.22</i>	27/03/2023	17.75

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

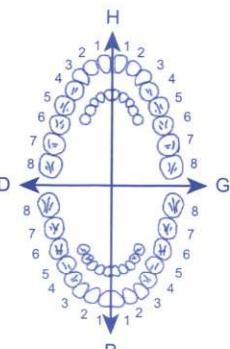
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
H	25533412 00000000	21433552 00000000	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	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*



Casablanca, le lundi 27 mars 2023

Patient : Madame TAHIRI Laila

47-75 SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,



PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Télé. : 05.22.36.66.22

