

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

M22- 0022568

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 553 Société : 160408
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : EL DUALI Fatima
Date de naissance : 13/03/43
Adresse : 43 Rue Ahmed Al nassirine 1^{er} étage - Appart^{n°} 4
Palmer CASA
Tél. 06.63.88.51.51 Total des frais engagés : 816,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Taïk BEN HSAIN
طبيب اختصاصي في أمراض العصب والجهاز العصبي
Spécialiste en Neurologie-Explorations Neurophysiologiques
Capital Clinic - Angle Bd Abdelloun et Rue Rachati
Casablanca - Tel : 05 20 68 82 53
Date : 11 Mai 2023

Date de consultation : 21/04/2023
Nom et prénom du malade : EL Ouali Fatima 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 : 11 Mai 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 : CASA BLANCA Le : 10/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
11/04/23	G	309 - MA		<i>Tarik BENHABIB Dentiste - Radiologue - Explorations Radiologiques 36, Boulevard du 9 Avril - Palmier Casablanca - Tel : 0522 25 32 05 Email : Casmaciedelouvre@gmail.com</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie du Louvre 36, Boulevard du 9 Avril - Palmier Casmaciedelouvre@gmail.com</i>	21/04/23	506, 50

INPE
092022045

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 dentité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30

LOT : KA23655
PER : SEP 2025
PPV : 30 DH 30