

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- 0057860

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARNISI A. M.

163410

Date de naissance : 07.21.1963

Adresse : Rec. Al. William Tamm N°7. 206. FA. Casab.

Tél. : 06 61 80 83 36

Total des frais engagés : 368,90

Dhs

Dr. Zakia SOUBHI

ORL

INPE: 091130740

Polyclinique C.N.S.D. Dr. Ghali
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19.05.2023

Nom et prénom du malade : MARNISI A. M. Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

02 JUIN 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 : Casab.

Le : 01.06.2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
10.5.23			150DH	Dr. S. SOUBRA 30740 Dorb Chaitel ca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.05.2023	218,90

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 dent traitée, 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

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

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on the upper arch, 1-8 on the lower arch) and a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the curve.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



وصفة ORDONNANCE



le 19105723

19/06 9' MASNİSSİ Ahmet ANTİBİO SYNALAR

1) Antibiosynalar
30gr x 2fzt: 2meç.

M.2.50
2) Jaozarel 50g
15gr: 1meç

87,00
3) Reberin 300
15gr: 1meç

218,90

10/06 1s

112,50

LOT: 230279
DLUO: 03/2026
87.000H

Dr. Zakia B.
ORL
Institut de la S. S. Derc Ghazal
Casablanca
لكرة الطفولة

POLYCLINIQUE ADDAMAN