

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.

Radioologie 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 :	0944	Société :	R.A.M / 64294
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALMONY Abd el majeed			
Date de naissance : 09/01/1930			
Adresse : Coop ALICHAF II n° 21 - S. Daarouf CASA Blanca			
Tél. :	06 98 33 54 57	Total des frais engagés :	341,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	DR Fouad LAMRINI Médecin Omnipraticien Rés Jet Sakane Imm.23 Appt N°1 Sidi Maârouf-Casablanca Tél:05 22 78 04 36		
Date de consultation :	25/05/2023		
Nom et prénom du malade :	MALMONY Abd el majeed Age: 93 ans		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bruxisme parapathie		
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 : CASA Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : M. Halmony


07 JUIN 2023



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
26 MAI 2023	01	c	200,00 DH	Médecin AMRINI Rés Jet Saken Imm.23 Appt N°1 Sidi Maârouf-Casablanca Tél:05 22 78 04 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/2023	141,40

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																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
G																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
CÉOIFFICI DES TRA																					
MONTANT DES SOINS																					
COEFFICI DES TRA																					
MONTANT DES SOINS																					
DEBUT D'EXE																					
FIN D'EXE																					
CÉOIFFICI DES TRA																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					

/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad LAMRINI

Médecin Omnipraticien

Diplome d'Université en :

Dermatologie Interventionnelle

Médecine du Travail et d'Ergonomie

Médecine Légale et Réparation Juridique
du Dommage Corporel

*Expert Assermenté Prés Les Tribunaux

*Ancien Médecin Chef de La Clinique

O.C.P. de Khouribga

الدكتور فؤاد لمرينى

الطب العام

• دبلوم الجامعة في :

علاج الجلد و الأظافر بعمليات التدخل

طب الشغل و الأرکونوميا

الطب الشرعي والجبر القضائي

للضرر الجسدي

* خبير محلف لدى المحاكم

* طبيب رئيس سابق بمصحة المكتب

الشريف للفوسفاط بخريبكة

Casablanca..... 26 MAI 2023 الدار البيضاء في

Dr. HALMONY Abel magis

48.70 - sakane 3 emg le Dr

3 emg le Dr

5280 - abimex 5/284

39,90
DR Fouad LAMRINI
Médecin Omnipraticien
Rés Jet Sakane Imm.23 Appt N°1
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél:05 22 78 04 36

1 emg 2 x 5

Emmum 51/200

1 Sekt 2 x 5

T.F 141.40

DR Fouad LAMRINI
Médecin Omnipraticien
Rés Jet Sakane Imm.23 Appt N°1
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél:05 22 78 04 36

إقامة جيت سكن 1 ، عمارة 23، الشقة 1، سيدى معروف - اولاد حدو - الدار البيضاء

Résidence Jet Sakane 1, Imm 23,Appt N°1, Sidi Maarouf- Ouled Haddou- Casablanca
Tél: 0522 78 04 36/ Gsm: 0678 66 79 21 - E-mail: lamrini.fouad55@gmail.com

IF: 40481681 - TP : 36119772 - ICE: 001789493000068