

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **044.44**

Société :

RAM

164789

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **JABER Abderrahim**

Date de naissance : **30.12.1960**

Adresse : **Inara 1 rue 13 n° 32 Casablanca**

Tél. : **0661946601**

Total des frais engagés : **581,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10.05.2023**

Nom et prénom du malade : **JABER Yassine** Age : **24**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection de la peau**

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 : **10.05.2023**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cacher et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
10/5/2023	CS		300	Dr. Dalia Dabou Dermatologue Sidi Moulay Driss 1er Résidence Tanaïm etg1 Casablanca Tel: 0522 86 26 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/05/2023	281.00

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Laila Daoui
DERMATOLOGUE

*Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplômée en Dermatologie esthétique et chirurgicale
de l'Université de Versailles - Paris
Ancienne Interne au CHU de Besançon*

Patient : göder jossine
M1,00

111100 LOT 22011
PBR 11/25 P/V 1110H00

⑧ Fer fene at Ogs op

150,000 copy right

② Femur is emb.

20,00 le notizie

EEB 719

A.C.L.: 6089563
CNP: 6466797

③. Chidorm cne

~~881.0~~ 881.0 881.0 881.0
Pm 1 1/2

20,00

2x 1 s path

Dr Laila Daoui
Dermatologue
100 Bd Moutlay Driss 1er
Rabat - Maroc - Tel: +212 524 12 12 12

100، شارع مولاي إدريس الأول، إقامة تنعيم، الطابق الأول الشقة رقم 666 | Tel: 0522 86 26 66 | www.tanah.com.ma

~~100, Bd Mly Driss 1^{er}, Résidence TANAIM, Etg. 1 Appt N° 1 Quartier des Hôpitaux - Casablanca~~

E-mail : lailadaoui@hotmail.fr - Tél. : 05 22 86 26 66 - Gsm : 06 79 64 82 32