

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : peci@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

N° W21-798607

165855

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 08678

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouzahzah Ahmed

Date de naissance : 29 Juillet 1957

Adresse : 20 rue Ras Asfour Lot Laajej Oujda

Tél : 0661 62 78 08

Total des frais engagés : 191,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAHBABI Med.
OMNIPRATICIEN
Echographie Générale
165 Bd Fouara H.M.Casa

Date de consultation :

15/05/2023

Nom et prénom du malade :

Bouzahzah Ahmed

Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mabki gue

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

20 JUN 2023

ACRE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/05/2023	C		100,-	DIP: 09/06/2023 Dr. LAHBABI MOUSSA OMNIPRACTICIEN Ecographie Générale 135 Bd Fouarat H.M.Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

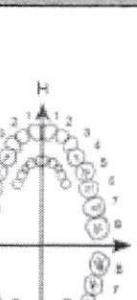
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
35533412	21433862
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">26523412</td> <td style="text-align: center;">21432562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">35523411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">11432553</td> </tr> </table> G B	26523412	21432562	00000000	00000000	□		00000000	00000000	35523411		11432553		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
26523412	21432562													
00000000	00000000													
□														
00000000	00000000													
35523411														
11432553														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

الدكتور محمد الحبابي
Docteur Mohammed LAHBABI

OMNIPRATICIEN

ELECTROCARDIOGRAMME

ASSISTANCE MEDICALE A DOMICILE

DIPLOME EN ECHOGRAPHIE GENERALE

التخطيط الكهربائي للقلب

الإنجاد الطبي بالمنزل

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى

SOS URGENCES

المستعجلات

Casablanca, le : 15/05/2023 الدارالبيضاء، في :

Dr. LAHBABI Med.
OMNIPRATICIEN
Echographie Générale
135 Bd Fouarat H.M.Casa

Bouzahzah Alm

AS

2

9.1.20

AS

7

Dr. LAHBABI Med.
OMNIPRATICIEN
Echographie Générale
135 Bd Fouarat H.M.Casa

45,80

45,20

135, Bd. Fouarat Hay Mohammadi - Casa - Tel/ Fax . 05 22 60 19 36 شارع الفوارات حي المحمدى - الدارالبيضاء - الهاتف/فاكس :

EN CAS D'URGENCE 05 22.62.62.62 - 06 61.32.57.81