

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 : adhésion@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

ND
170070

MLD en votre possession
Déclaration de Maladie

N° M21- 0060129/1735

Matricule : <u>735</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Fassi Fihri Maria ép Mikou</u>		
Date de naissance : <u>05/12/1948</u>		
Adresse : <u>52 Route d'Azemmour Résidence Salsabil - Casablanca</u>		
Tél. : <u>0661498668</u>	Total des frais engagés : <u>2331,00</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :/...../.....			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : CO.501 Le : 31/07/2023
Signature de l'adhérent(e) : M. G. Fekir

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 JL- Pharmacie de C. CENTRAHIM Touba 22 Boulevard Ibn Sina 18 98 - Casablanca	28/07/93	229.1.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

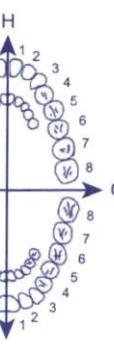
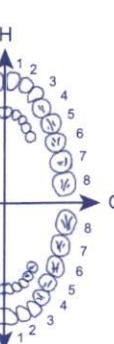
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table border="1" data-bbox="1601 925 1838 1073"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie du C.I.L.

BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Angle Bl Ghandi - Casablanca
Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 0643
IGR : 40909030 - CNSS : 2107036
Patente : 35806319
RC : 218524 - ICE : 001660452000032

صيدلية سيدال

بنبراهيم ثورية

سينا ابن ابراهيم، 100، شارع

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف: 0522940643 / 0522361868

الرخصة العامة على الدخل: 40909030

البيانات : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج : 2107036

FACTURE

No. 005832

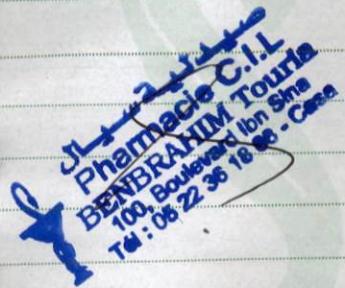
Casablanca, le

28/07/23

Mr

Anne Nikkei Nawa

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
02	Galvus 29/60	350,00	700,00
03	Fer d'acide 10/18	419,00	1257,00
01	Salles Sol 15	744,00	744,00
	On Celle a faire	210,00	210,00
			<u>2261,00</u>



Maphar
Bd Alkimia N° 8, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pelli b28
P.P.V: 419,00 DH

Maphar
 Bd Alklima N° 6, QL,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
Forixia 10 mg cp pell/b28
P.P.V. : 419,00 DH

Maphar
 Bd Alklima N° 6, QL,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
Forixia 10 mg cp pell/b28
P.P.V. : 419,00 DH

 6-118001
  185023

mettez le présent à l'attention
de la ville de Cet
une ville change d'heure.

