

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Matricule : 5575 Société : R.A. 19

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

11 E HAFI ABBE LATIF

Date de naissance :

14-01-1959

Adresse :

80LMF - CASA

Tél. :

620134223 Total des frais engagés : 20 + 50.5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/2013

Nom et prénom du malade : CHAFI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infarctus

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/08/2013

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
01	C		205,00	
08	C		101	
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.08.83	501.00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS	COEFFICIENT DES TRAVAUX

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le

08/08/2023

Charaf

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80 N°36
Oulfa - Casablanca
Tél 06 45 55 06 54

Abdelhaf

Specim

reg*2

66.80 Volbanc 50 N2

19.80 42 fulcer 96 128 N2

10.80 102

Coctail

15.50

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80 N°36
Oulfa - Casablanca
Tél 06 45 55 06 54

LOT 230082
EXP 01/2026
PPV 131.60 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT:22051
PER:12/2024
PPV:102,00 DH

LOT:M22082
EXP:AVR 2026
PPV:66,80 DH

110066-03

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ
LOT:22054
PER:12/2024
PPV:52,80 DH

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT:22025
PER:11/2024
PPV:52,80 DH