

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 : 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.

M22- 0046872

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2587

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARAH ANI Khadija

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 736,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. **couffane BENTALHA**
Omnipraticien
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel
Al Baraka GH 9 Imm. C 104 Appt. 1
Rez de Chaussé Hay Hassani cas

Date de consultation : 30/10/2023

Nom et prénom du malade : SARAH ANI Khadija Age:
 Enfant

Lien de parenté : **Lui-même**

Nature de la maladie : **polyarthrite**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
Dr. Ibn Sina Ensemble Résidentiel Al Baraka GH 9 Imm. C 104 Appt. 1 Rez de Chaussé Hay Hassani cas

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
polyarthrite

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 : Le : / /

Signature de :


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
30/04/2013	C	1	200,00	Dr. Soufiane BENTALHA Omnipraticien Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel Al-Baraka GH 9 Imme. C 104 App. 1 Rez de Chaussé Hat Hassani - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Dr. Zouhair Saïd 154 Bd Oujed Daouara 161 Azhari 05 26 91 14 18 SAIDI</i>	30/10/23	436.00

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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Soufiane BENTALHA
Omnipraticien
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel
Al Baraka GH 9 Imm. C 104 Appt. 1
Rez de Chaussé Hay Hassani - cas

Le 30 oct 2023

ORDONNANCE

9^{me} Benhanti Kundiye

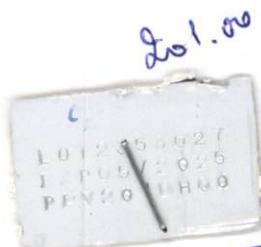
45,00 4 Doliprane 10 mg



1/2 gpl/j

~~NEUTROPHYL~~
~~010259102~~
~~PHARMA~~
~~au couler~~
~~x 2 ugs~~

190,00 4 Iress 40
1 gpl/j Avant M/s.



3 - Iress 40

1 gpl/j

~~Autre x 1 us~~

201,00
L Ged

436,00

Dr. Soufiane BENTALHA
Omnipraticien
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel
Al Baraka GH 9 Imm. C 104 Appt. 1
Rez de Chaussé Hay Hassani - cas