

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 : 1826

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BaKIR HINA

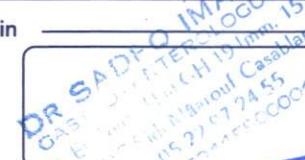
Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : Rue N° 33 ATTA DADOUN, en ffa

Tél. 0604445824 Total des frais engagés : 1053,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/2023

Nom et prénom du malade : BaKIR

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASA

Le : 21/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/11/23	C	Gratuit		DR SAÏD O. IMPLANTOLOGIE GAS 1000 CH 19 Imm. 157 Rabat Sidi Maaouf Casablanca N° 41 Tél. 05 29 97 24 55 Tél. 05 29 97 24 55 05 29 97 24 55 000019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASABLANCA Lotus Hajjat Al-Balad 09203061	20/11/23	201450
	24/11/23	39,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
1			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Da Vinci
مصحة دا فنشي

Casablanca, le 24.11.2023

Bakir Nira

1) Doligripppe
20,00 1cp x 31g

2) Bouget
23,20 1cp eff 5

3) Alyse 25mg
136,50 X3 1cp x 3f si douleur

4) Polynorm 2mg
46,00 X9 2 cp x 215

5) Ado
19,00 X3 1cp x 2f
3500 Bd. Modibo Keita, 20000 Casablanca
Tel. : 05 22 81 31 88 - Fax : 05 22 81 04 38
Mail : reception.vinci@akdital-holding.ma

Site web : www.akdital.ma

6) Opium 14p x 3f 80 mg

46,00
x 3 Ged

PPV: 23DH20
EXP: 03/2024
LOT: 33005/8

PPV: 20DH00
PER: 12/25
LOT: L4127

Exp.:
PPV: 136DH50

PPV: 136DH50
Exp.: 136DH50

QSP 6 Rois
DR SAID GASMI
ECOLOGIQUE
100% naturel 100% bio

35,00 X3 Ged

QSP
ICP

Manouba 07 24 31 0001

19,00
x 26,00

Le 24/11/23

Facture N°

M: Babir amma

Quantité	Désignation	P. Unit.
		19,40
01	Algantil	19,70 19,70
02	Antibio syndac	19,60 19,60
		FPU 19DH70 EXP 04/2025 LOT 2300314
		39,10
		<i>LE PHARMACIE DE LA CASA BLANCA</i>
		<i>C. S. 10-25-93 02-22-93 02-22-93 10-25</i>