

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : R.A.M. ND 103562

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue Kader IASS Apt. n° 6 MAARIF CASA

Tél. : 06.70.64.28.60 Total des frais engagés : 57 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : MHAMDI Mustapha Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : paris dentaire

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 : 14/11/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/2023	5700



ملغز 500

Dicynone® 500 mg
20 comprimés

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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												
		<i>Généralisation</i> <i>H present</i>	<i>D4</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D4</i>											
				MONTANTS DES SOINS <i>G</i>											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION <i>14/11/13</i>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Abdessamad SLAOUI Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Implantologie et Orthodontie
Diplômé de la Faculté de Médecine de PARIS (FRANCE)
79, Bd. Zerktouni Apt.6 - 2^e Etage - Casablanca
Tél. : 3322233-76-58 / GSM : 0661.21.18.17

Dr. Abdessalam SLAOUI

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie et Orthodontie

Diplômé des facultés de Médecine de Paris VI
et de Nantes (France)

Casablanca le

14/11/23

M. MOHAMEDI Nestor John

DICTIONNAIRE SOLWEZ

S. V. 5.101 CP 3plj



~~Pharmacie LAROUSSI
S.A.L.
Bd Roudani, 26 Casablanca
Tél. 05 22 29 42 59 - GSM 06 61 21 76 17
INPE: 092.06.19.10
ICE: 000.204.383.000.56
INPE: 092.06.19.10~~

~~Pharmacie LAROUSSI
S.A.L.
Bd Roudani, 26 Casablanca
Tél. 05 22 29 42 59 - GSM 06 61 21 76 17
INPE: 092.06.19.10
ICE: 000.204.383.000.56
INPE: 092.06.19.10~~

70, Bd Zerkouni - Appt. 6 - 2^{ème} Etage - Casablanca

Tél. : 05 22 29 42 59 - GSM : 06 61 21 76 17