

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

103574

M23- N° 0044575

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2331	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MARAH - ABDELAZIZ		
Date de naissance : 10/7/54		
Adresse : HAY AFR QUIF RUE 41 N° 15 CASA		
Tél. : 0639348710	Total des frais engagés : G+ 78,50	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2024

Nom et prénom du malade : M. Marah Abdelaiziz Age: 107/54

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC 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 :

Le : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : M. Marah Abdelaiziz



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
PHARMACIE ACHARAF Dr SAHIB Mohammed Amine 95, Rue Socrate Maârif - Casablanca Tél: 05 22 25 24 09	8/01/24	75000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

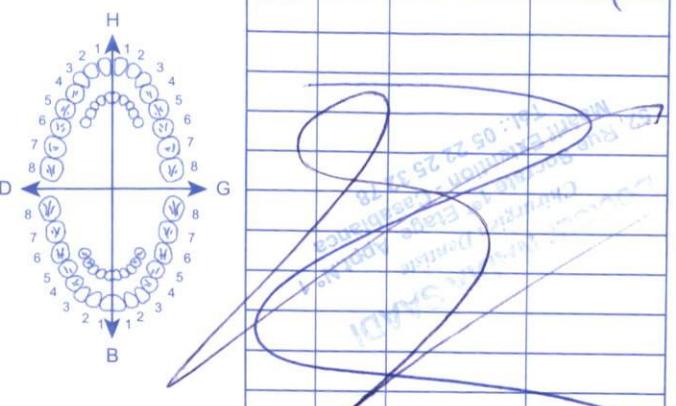
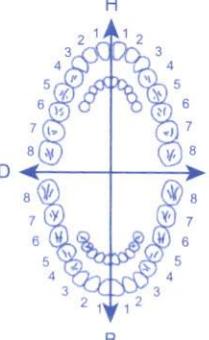
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
 <i>Consultation C</i>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	G
D	00000000	00000000	B
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			
COEFFICIENT DES TRAVAUX C MONTANTS DES SOINS L DEBUT D'EXECUTION 08/01/24 FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION 			



Docteur NADIA SAADI

الدكتورة نادية سعدي

Chirurgien Dentiste

Casablanca, le :

25/01/24.

Dr Nadia Saadi

25/01/24

Bisfazol

PPV: 75DH50
PER: 09/25
LOT: M2861

PHARMACIE ACHARAF SARI
Dr SAHIB Mohaïmmad Amine
96, Rue Socrate Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 22 09

Maârif Extention - Casablanca
Tél: 05 22 25 32 78
Cabinet Dr Nadia Saadi
Appt.N°1
92, Rue Socrate 1er Etage

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1 Maârif Extention - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78 - E-mail : cabinet.drsaadinadia@gmail.com