

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

M23-0017752

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	OK92	Société :	A94536
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		HAFJOU Ahmed	
Date de naissance :		15/03/1944	
Adresse :		Rue Jules Gras , Bloc 4 , n°6 , 90000 , Casab.	
Tél. :		0662 88 43 83	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2024

Nom et prénom du malade : Omychoune

Age: 80

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ongles mycotoxiques

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 : Casab.

Le : 02/02/2024

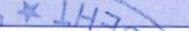
Signature de "adhérent(e)" :

 MUPRAS

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 Examen des Actes
02/02 2024		CO	200,00	Centre de la Santé Hanane El PODOLOGUE Diplômée de Bruxelles - N/Cex: 0522.21.44.65 - Gsin: 06809808

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/2 2024	230,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D (Dental Arch):** The left side of the arch, containing teeth 1 through 8.
- H (High):** The top of the arch, containing teeth 1 through 8.
- B (Buccal):** The right side of the arch, containing teeth 1 through 8.
- R (Ridge):** The bottom of the arch, containing teeth 1 through 8.

(Création, remont, adjonction)
nctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de Podologie Californie

Hanane EL AARCHANI

Podologue

Diplômée de Bruxelles



مركز علاج أمراض القدم كاليفورنيا

حنان العرشاني

أخصائية في علاج أمراض القدم

خريجة معهد بروكسيل

Nom et Prénom :

M'HAJJOU Ahmed.

Date : 02/02/2026

84,20

- Dermofin

S.V.
2x 1j

Maphar
Bd Alkemia N° 8, QL,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Mycoster 8% sol 13ml
P.P.V : 146,60 DH
6 118001 182589

(entre lesorteils).

146,60

- Mycoster S.V. Vernis

1x 1j
~30,80

- Akildia

Centre de Podologie Californie
Hanane EL AARCHANI
PODOLOGUE
Diplômée de Bruxelles
Tél 404 522 145 - Gsm: 068 098 083

1x 1j

de la plante des pieds).

Tél 404 522 145 / 06 68 09 80 83
Californie Casablanca

Tél : 0522 214 455 / 06 68 09 80 83

Email : c.podologie.californie@gmail.com