

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 : 8241 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Doudou abdellah

Date de naissance :

Adresse : Wfop 4. N1 Rue 114 ouffa casablanca

Tél. : 06.61.44.79.17

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : ACHABAK mine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Asthme

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 : / /

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
19/02/2024	C		200 CHF	
26/02/2024	Entretien		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacie FERRARA
Cabinet du pharmacien
ou du formateur
KADIR Abdellatif N°142
Julia Mifad 4 Rue 123
Tel/Fax: 05 22 93 32 35

Date	Montant de la Facture
26/02/24	Pharmacie FERRARA Dr. KADIR Abdelmounim Hay Oulfa Wifaq 4 Rue 123 N°142 Tél/Fax: 05 22 93 32 35
	362,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT 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

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The origin is at the center of the arch. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (left to right): 3, 2, 1, 4, 5, 6, 7, 8. The diagram shows the relationship between the teeth and the coordinate system.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saida El HAJJAM

Médecine Générale
Echographie

Electrocardiogramme
Soins de secours primaire
Diplômée de la FMDC

الدكتورة سعيدة الحجام

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب
إسعافات أولية
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Le : 26/02/2024

mine



2p/j. ant esp



2) 1,00 x 6 Disformine 1000

1) 78,70 x 3 Disaminine 60

T = 362,10

Pharmacie FERRARA
Dr. KADIR Abdelmoumin
Hay Oulfa Wifaq 4 Rue 123 N°142
Tél / Fax: 05 22 93 32 35



حي الوفاق 3. زقة 41. عمارة 8. الطابق الأول. شقة 2 (رياض الائفة) - الدار البيضاء
Hay EL WIFQAQ 3, Rue 41 Im 8, 1er étage, Appt N° 2 (RIAD EL OUALFA) - Casablanca

الهاتف: 05 22 89 67 31

78120

PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4365

78120

PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4365