

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ééducation :

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.

entaire :

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

ant le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11645

Société :

4325

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL IDRISI Tounia.

Date de naissance :

06/01/1971

Adresse :

Siège RAT CASA- ANFA

Tél. : 0661062069

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/10/20

Nom et prénom du malade :

Rouki A KEXCHENB

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection OCT 2020

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 : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Rouki A KEXCHENB

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
05/08/20	2		300 DH	Dr. MESSAADI Dr. MESSAADI Chirurgien-Dentiste Clinique La Source Casa Tél : 025 23 26 120 144 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	<hr/>
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 1, 2, 3, 2, 1, 2, 3, 4; the second row has 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; the third row has 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24; the fourth row has 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34; the fifth row has 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44; the sixth row has 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54; the seventh row has 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64; the eighth row has 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74; the ninth row has 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84; and the bottom row has 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94. A central vertical line has an upward-pointing arrow at the top and a downward-pointing arrow at the bottom, with the letter 'H' at the top. A horizontal line with a leftward-pointing arrow at the left end and a rightward-pointing arrow at the right end, with the letter 'D' at the left end.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة
الصافى

CLINIQUE LA SOURCE

REÇU

N° 002566

BP []

14, Rue Taki Edd ne (Ex Berne)
Quartier des Hopitaux - 20000 Casablanca
RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage)
Tél : 05 22 20 14 42/43
Tél : 05 22 20 14 40 /41
Fax : 05 22 20 13 99
www.cliniqueiasource.ma
E-mail : contact@cliniqueiasource.ma

Service Consultation

- Reçu de ME LCHAB
- La somme de 20000 A

30000

VISA Caisse

Date :

05/08/2026