

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.

Outline

- Mesures de l'efficacité d'un programme de lutte contre la faune sauvage. Il existe plusieurs méthodes pour évaluer l'efficacité d'un programme de lutte contre la faune sauvage.

• 55 •

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
 - Pour le remboursement, la facture et la présentation des séances effectuées doivent être faites au titre de la rééducation.

FOURTEEN

- 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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (tél) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

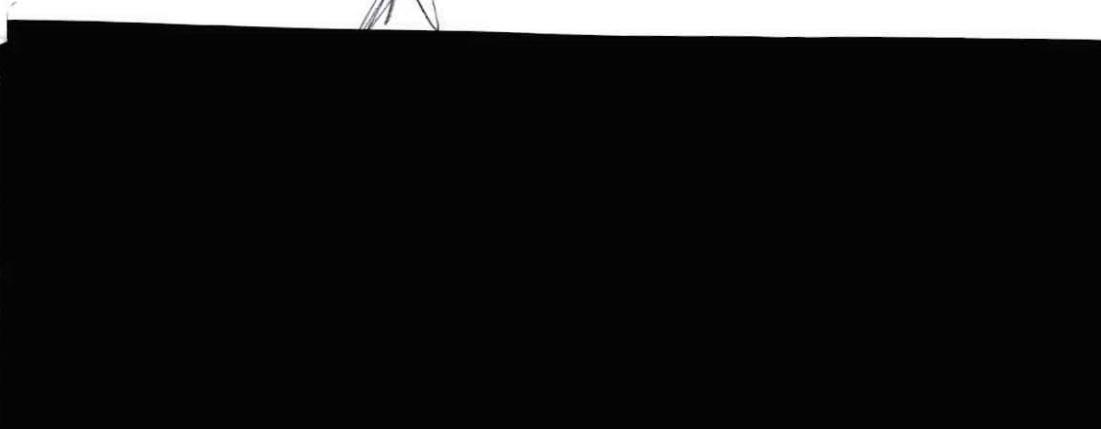
Nº W19-452452

MB. 2165

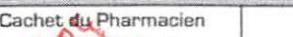
Conrad

Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		19-01-2023	
Matricule :	8495 RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSALHI ABDELAZIZ
Nom & Prénom :	14-03-65		
Date de naissance :	fMRI 44/11E		
Adresse :	Dr. HAMMI		
Tél. :	0665 238546	Total des frais engagés	316,50 Dhs

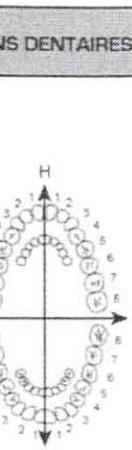
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 05/02/2013	
Nom et prénom du malade : ESSALY Age: 33	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Grippe	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : Paris	Le : 05/02/2013



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
07/02/2020	Actes	1	100000	INP : DR. HAMIDI Mahdi INP : 1010 727522

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/02/2020	166,50 DH

VOLET ADHERENT

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								
				INP : <input type="text"/>								
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>26633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			26633412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
26633412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr HAMIDI M . Mahdi

LAUREAT DU C.H.U. AVICENNE

MEDECINE GENERALE

Diplôme d'Échographie Générale
de l'Université de Montpellier 1 France.

الدكتور حمدي م. المهدى

خريج المراكز الجامعى ابن سينا

الطب العام

حاصل على شهادة الشخص بالايكو كرانى

من جامعة مونبولي 1 بفرنسا

خبر مصلف لدى المحاكم

PPV(DH):

LOT N°:

UT. AV.:

ENTRE

38,80

à le

Nom :

ESSAKI Dr. HAMIDI M. Mahdi
Échographie Générale
Université de Montpellier 1 France
Tél.: 05.37.91.51.82 - 05.37.91.51.82
INPE : 1020298873182

64,10

15,80

47,80

AXIMYCINE®

PPV 64DH10

38,80

15,80

166,50

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

19 1/2
2 x 6
25 1/2

Dagmar 73/40
Muvel (u 5x2 1/2)
Dolme 20,2

Dr. HAMIDI M. Mahdi
MEDECIN
Expert Assermentation
Echographie Générale
42, Av. Lalla Asmaa - Tabriquet - Salé - Tél. : 05.37.86.25.28
France