

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 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

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.

N° P19- 0040700
Optique ND : 21994
Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0406 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : HILAL HIBAÏD

Date de naissance : 1-1-1934

Adresse : Cte Dakhla Rd 27 N108

.....

Tél. : 06 97 67 86 07 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/04/2020

Nom et prénom du malade : HILAL MED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : PTH DR

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 JUIN 2020

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 :

Signature de l'adhérent [e] :

Le : / /

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 Palement des Actes
20/04/2020	3	3	300,-	Chirurgie Dentaire Professeur A. LA Toumani Al Allam Al Akaa Im. 20/04/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
30/04/2020	2	300,-	300,-
Na Immebr P.I.F			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

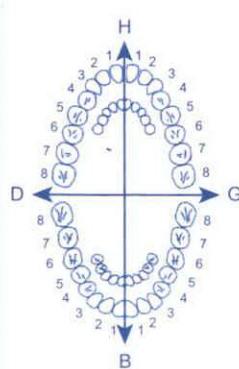
Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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



Le 30.04.20

Nom & prénom : Hilal Med

Signes cliniques : PTH dte douloureuse.

Examen radiologique réalisé :

- *Cliché de la hanche dte de face et de profil.*





Le 30.04.20

Nom & prénom : Hilal Med

Signes cliniques : PTH dte douloureuse.

Examen radiologique réalisé :

- *Cliché de la hanche dte de face et de profil.*

Compte rendu

- *PTH en place.*

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Faculté de Médecine
Av. Al Akid Al Hanech 2 Casablanca
Moulay Rachid 2 Casablanca
Tél. : 05 22 86 36 36
CLINIQUE AL AMINE
23, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
Casablanca - Tél. : 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr



30/04/2020

Casablanca le

facture N° 210

Nom et Prénom	Mr ; Hilal Mohamed
Medecin Traitant	Pr Lamine
Date	30/04/2020

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Pr Lamine	C3	300,00	300,00
Radio de la hanche D F+P	Z	300,00	300,00
			600,00

Arreter la presente facture a la somme de :

Six cents dhs;

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Abou Marouane Abdellah
CASABLANCA
Tél: 05 22 86 36 36 - Fax: 05 22 86 05 30