

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.

Biologie 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.

Education :

- 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.

Prothèse :

- 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

- plainte : contact@mupras.com
- se en charge : pec@mupras.com
- émission et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1136	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KADOURI M'HAMED			
Date de naissance :			
Adresse : 143 - Lot El Nassiri Dar Bouazzza - CSA			
Tél. :	0663649528	Total des frais engagés :	1026,80 Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	05/03/2021
Nom et prénom du malade :	EL KADOURI M'HAMED
Age :	45 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Pathologie psychiatrique chronique
Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>
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 : 22/03/2021

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
05/03/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>macie Al Hamdolillai <u>Dr ZAIDI Hafida</u> <u>El Aissari Dar Bouazza</u> <u>Casablanca</u> <u>Tél: 05 22 29 09 49</u></p>	05/03/21	100,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

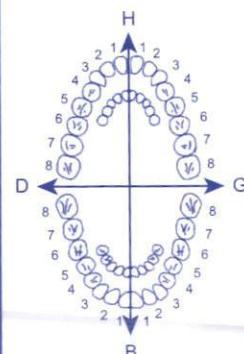
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

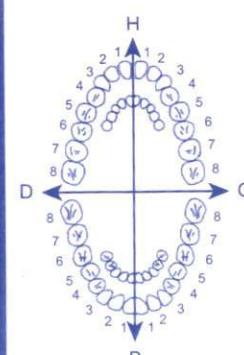
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le: 05/03/2021

ORDONNANCE

Docteur :

Dr. NISRENE EL KARBAÏ

$27 \times 2 = 542$
1) Ranbyl 10

13

12792

57.301 - 0 - 1

2) Ngluan 100

13
0086

Dr. Nisrine El Hamdi
N°125 Lycée Hassan II Casablanca
09 09 49

$11 \times 3 = 339$
3) Depakin 500CR

12796

13

67.60 0 - 2

4) feralith 250

12446

1 - 0 - 2

5) Pipah 125mg:

100680

1amp/mns (PI: 24/03/2021)

III d'un m's

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1-
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH

6118001 081073

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30

6118001 081073

PANOZYP® 1
28 comprimés Or
Voie orale

6118001 30

RANOZYP® 10 mg
sables

6118001 300426

PPV: 77DH00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1-
Ain sebaâ Casablanca

Terilithe 250 mg. B100 cp
P.P.V. : 67,50 DH

6118000 080895