

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0003101**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SABIR**

MOHAMED

Date de naissance : **1943**

Adresse :

Tél. : **0663747067**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed LAFIF
557, Bd. Mohamed VI
Tél: 0522 22 78 18 - 0522 22 78 18**

Date de consultation : **7/7/2011**

Nom et prénom du malade : **SABIR - Mohamed** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Appétition ore**

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 : **RE**

Signature de l'adhérent(e) : **RE**

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 Paiement des Actes
7-7-21	CS		2.000,00	Dr. Mohamed LAFIF 557, Bd. Mohamed VI Tél: 05 22 45 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 15 RAMAAN 61, Bloc F Lot. Le Comptoir Boulevard Casablanca Tél: 05 22 45 25	7/7/21	81,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed ALAFIF

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
 Nez - Gorge - Oreilles
 Cou - Face
 Exploration de L'audition
 Endoscopie
 Ancien Médecin à L'hôpital
 20 Août de Casablanca

الدكتور محمد العفيف

اختصاصي في أمراض و جراحة
 الأذن و الأنف و الحنجرة
 جراحة الوجه و العنق
 الفحص بالمنظار
 اختبار السمع

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

توقيت العمل
 من 11h30 إلى 9h30
 من 4h30 إلى 2h30

Casablanca, le 7-7-21

1

ANTIBIO SYNALAR
 GOUTTES

19,40

19,40

1/

Antibio synal

EXODERIL® SOLUTION 1%
 Flacon de 10 ml
 Non remboursable AMO
 EXP : SEP 2025
 PPV : 32,90 DH

32,90

2/

Eos deri L

R 8

F

Ly

DPL

Ly

P1

J

29,10

Dolfen 600

600

Dr. Mohamed ALAFIF
 557 Bd. Mohamed VI
 Tel: 0522 82 75 91

82,40

Ly → 3+2

إقامة السalamة 557 شارع محمد السادس (طريق مديونة سابقا). الطابق الأول. الدار البيضاء
 Résidence ESSALAMA 557, Bd. Mohamed VI (Ex Route Mediouna) - 1er Étage - CASA
 Tél. : 0522 82 75 91