

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 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.

Nº M21- 042568

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12568

Société : RAM

91636

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ES SATTE HOUSSAM

Date de naissance : 27/04/87

Adresse : RIAD AL ANDALOUSSE MARBELLA 3 IMM 55 APPT 20 RABAT

Tél. : 0678490701 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Youssef CHEDDADI

CRL

44, Av. de France, Agdal - Rabat

Tél: 05 37 77 17 / 07 07 18 43

Date de consultation : 09/01/2017

Nom et prénom du malade : M-ESSA TR - Houssam Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. Youssef CHEDDADI

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 : CASABLANCA

Le : 09/11/21

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9.11.21	CA		300,-	
2021 Orli			200,-	Dr. Noussef CHEDDADI ORL 44, AV. de France, Agdal Rabat 11/11/21 17:17:11 / 07/07 18:43:30

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

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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr YOUSSEF CHEDDADI
ORL
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS
CHIRURGIE DE LA SURDITE

44 avenue de France Agdal , Rabat
Tel cabinet : 05 37 77 77 17 – 0707184330
GSM :0661066733

Rabat 09 .11.2021

NOTE D HONORAIRE

MR ESSATTE HOUSSAM

CONSULTATION ORL	:	300.00 DH
SOINS OREILLE SOUS MICROSCOPE		
BOUCHON DE CERUMEN		200.00DH
K10+K10/2		
TOTAL		500.00 DH

RECUE LA SOMME DE CINQ CENT DH

*Dr. Youssef CHEDDADI
ORL
44, Av. de France, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 77 07 07 18 43 30*

ICE : 001665512000085 ID F : 40300380 INPE :101040806