

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 067336

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

94945 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2886

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : N° 21 Rue 106 Bd Oued Sâou DULFA

Tél. : 06 58 21 49 08 Total des frais engagés : 310,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Dr YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INPE : 091270527
N° 89 1ER ETG BD OUED FENSIFT
DULFA CASA Tél : 05 22 00 22 22



Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2021

Nom et prénom du malade : Dr Aitchetou Lhoucine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : CASA

Le : 01/12/2021

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
27/11/21	C		160 dh	Dr. YASMINE AITCHETOU Médecine Générale INPE : 091270327 N° 89 1ER ETG BD OUFEL TENSIFT HULFA CASABLANCA : 05 29 9980

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUHANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 Casablanca El Oufa - Tel : 05 22 89 09 65 Fax : 00500246000026	27/11/21	160,80 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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:

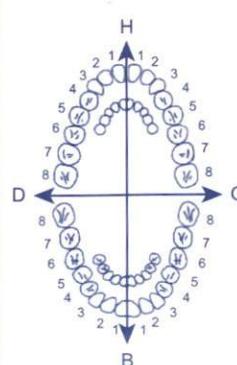
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INPE : 091270827
N° 89 1ER ETG BD OUED TENSIFT
ULFA CASA Tél : 05 29 98 84 32

Casa

Le : 27/11/2024

M^r Lahcen Aitchetou

68.50

1 - Cetipred 20mg cr



3 cr le matin pdt 4 J



29.70

2 - Azia 500 mg cr

1 cr le 1^{er} Jour

puis 1/2 cr pdt 4 J



PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rive 154 N° 23/25
El Oulfa Casablanca
Tél : 05 29 98 84 32
N° 89 1ER ETG BOULEVARD TENSIFT
ULFA CASA Tél : 05 29 98 84 32

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INPE : 091270827
N° 89 1ER ETG BOULEVARD TENSIFT
ULFA CASA Tél : 05 29 98 84 32

160,80 D 3 - Nurolo Sicon

1 cr x 2 J

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rive 154 N° 23/25
El Oulfa Casablanca
Tél : 05 29 98 84 32

