

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ptique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



par
com

10308

Déclaration de Maladie : N° P19-0001123

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7990 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K.HAKMI ABDELLAH Date de naissance : 30/08/64

Adresse :

Tél. : 0661452109 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALAMI El mehd
Anesthésie Réanimation
06 67 79 13 73

Date de consultation : 30/12/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : sinusite bilatérale

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 : 30/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0001123

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
30/12/2021	L.S		200,00	D. EL ALAMI El mhd Anesthésie Réanimatologique 06 57 79 13 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid with 12 vertices arranged in a cube-like structure. The top vertex is labeled 'H' (top), the bottom-left vertex is labeled 'D' (bottom-left), and the bottom-right vertex is labeled 'B' (bottom-right). The grid consists of 12 vertices connected by edges, forming a cube-like structure.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIRAGE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Taha

Multidisciplinaire

Sinusite bilat.

Casablanca, le : 80 / 12 / 2001



مصحة طه

مختصة الاختصاصات

Dr. EL ALAMI, Echahdi
Anesthésie Réanimation
06 67 79 73

Khaerri Abdessele,

Age : 67 →

ATC : Reed : (-)

ching : (-)

Allerg : (-)

Ex. clinique : ASA I, NYHA II

Syncoes (-) IC (-)

Palpitations (-)

Intubation : obstr DT > 6 -
Racine simple Nell II

Vis : OK

Dentier (+)

. fail : Hb: 15,3 Ig: 261.000
Tl: 100 % TCA: 32 °
Fr: B+
GAI: 1,03

. ECG: RRS à 85 bpm

OK Dr. EL ALAMI El Ghendi
Dr. EL ALAMI El Ghendi
Anesthésie Réanimation
06 67 70 113 73 A6
~~EL ALAMI~~