

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : A956	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA			
Date de naissance : 18/05/1956			
Adresse : 109 RESIDENCE SALMA Rue Montaigne VAL FLUENT CASABLANCA			
Tél. : 0661465234 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	18/03/2022
Nom et prénom du malade :	
BENCHEKROUN ANISSA	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Beng

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
18/03/2012			281,00	INP : 1111111111 Dr. Meriem DANI Médecin Remplaçant Spécialiste en Radiologie Diplômée en Radiologie Pédiatrique et Pathologie Radiologique Particulaires des Pathologies Particulières

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacien du DR Houda Dr. BELLEM LIH Hourra, "E" 21, Bd Abd Hourra, CASABLANCA Tél. 0527 38 33 75	18/03/12	269,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

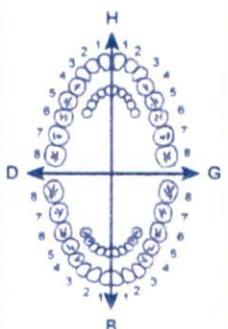
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

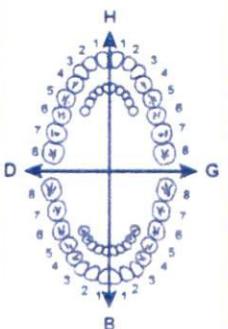
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dr. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE
Médecine Manuelle et Osteopathie
Echographie Osteoarticulaire
Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,
des muscles et des pieds
Diplômé de la faculté de
Médecine de Marseille
Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور سلام الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا
ملحق سابق بمستشفيات مونبولي
اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل
العمود الفقري، العضلات والأرجل
علاج العمود الفقري والمفاصل
بالتطبيب اليدوي
الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le: 18/03/2022.

Mme Benchehroune Antsaa.

117,30
1 - Celebrex S.V gel 100 mg 6 .

1 - 0 - 1 jour à prendre

après repas

pdt

7 jours

Pharmacie ABI HOUARA
Dr. BELLEMILH Houda
21, BOABI HOUARA, "E"
CASABLANCA
Tél: 0522 28 33 75

53,00
2 - Voltaren S.V gel 6 .

1 app x 2 jour

ser pellaget

gantille . pdt 10 jours

1.269,30

99,40
3 - Magnifit S.V 6 -

1 op 1 jour

les soirs pdt 1 Mois

u - artère du poignet
immobilisant le poignet.

