

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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.

adie 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

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

MASSA

Déclaration de Maladie : N° S19-0001268

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **111981** Société : **RAM**

Actif **Pensionné(e)** **Autre :** **DR. C. GUILLEMETEAU**

Nom & Prénom : **ARISS HASSANE** Date de naissance : **29/11/1922**

Adresse :

Tél. : **06.61.34.56.25** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. C. GUILLEMETEAU
46, Boulevard Tidghine
Lot Koubi - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
F. : 001698943000039

Date de consultation : **29/11/2022**

Nom et prénom du malade : **ARISS HASSANE** Age : **90**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Dentaire**

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 : / /

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
29.12.22	C144	-	300 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HAMDOULLAH Dr. ZAIDI Hafida Lot Anssari N°123 Dar Bouazza - Casablanca Tél: 0522 20 00 00	29.01.22	137.00

INPE : 092067214

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

LICENCEE EN PSYCHOLOGIE

C.E.S. DE PEDIATRIE

D.E.S. D'ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

CLINIQUE

EX-ATTACHEE DE CONSULTATIONS

ORDEAUX

HIE DU C.E.D.H.

Arnica
montana

15 ch

BOIRON

BOIRON - 69510 Messimy - France

Renverser Tourner Ouvrir

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 08/2023 LOT: C16439 Ain Sébaa, Casablanca
PPV: 18DHS Arnica montana 15ch



FRW

sablanca, le

Analiss

Rim

29.1.2022

ضاء، في

350 Ledum palustre

350 Arnica montana

350 Calcarea fluorica

350 Stevia rebaudiana

350 Apple des 6ms

350 Zincum

350 Zincum