

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3710

Société : 11666

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MOUSTAKA

Date de naissance : 30-07-1957

Adresse : 02 Rue du Tigre résidence Samia SERTA

APP N° 21 MERS GULAN CASA

Tél. : 06 70 93 02 05 Total des frais engagés : 1643,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HASSAN EL FILALI ADAD
Cardiologue
Cardiologue Interventionnel
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tel: 0522 20 45 45 - Fax: 0522 22 78 18
ICE : 0522 20 45 45 - 0522 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rachid Ep Dennouri Sadmiya Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension Artérielle

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 : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : DR HASSAN EL FILALI ADAD

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
19.05.22	CS		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACEUTIQUE GHIZANE LARAJ Abou Souhaima El Khatib Jamaica "Tel: 022 82 90 44"	19/05/22	643.62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered from 1 to 8, with some numbers appearing multiple times. The grid is bounded by a thick black border. Arrows point from the center of the grid to the top, bottom, left, and right edges, labeled 'H', 'G', 'D', and 'B' respectively. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 1, 2, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4
- Row 2: 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 5
- Row 3: 4, 5, 6, 5, 6, 7, 8, 7, 8, 7
- Row 4: 6, 7, 8, 7, 8, 8, 9, 8, 9, 8
- Row 5: 8, 9, 8, 9, 8, 9, 8, 9, 8, 9
- Row 6: 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1
- Row 7: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2
- Row 8: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3
- Row 9: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4
- Row 10: 5, 6, 7, 8, 7, 8, 7, 8, 7, 8

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

