

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-694666



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

09982

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SERBOUTI MOHAMMED

Date de naissance :

30.01.1972

Adresse :

EB - ILLI - POLE URBAIN - NOUVEAU

Tél. :

0767 669231

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. A. SERBOUTI
Médecin Généraliste
Délégation Nouasseur

Date de consultation :

20/4/2022

Nom et prénom du malade :

Hajan Serbouthi Age: 32 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Orthopédique

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.

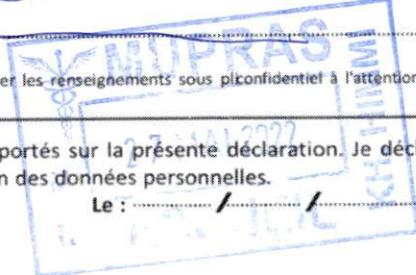
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASABLANCA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/14/2022	C	A	Généralité	INP : 0910127781 Dr. A. SEMBOUTI Médecin Généraliste Délégation à la Jeunesse Signature manuscrite

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

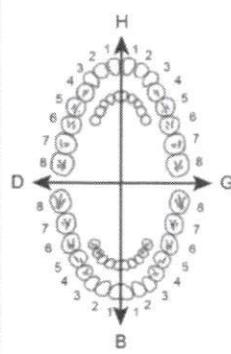
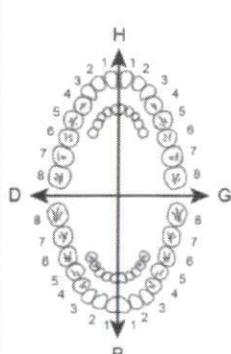
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
20/05/2012 LOTFI S. TIMA PODOLOGIE Rue d'Alors 12-14-81 20/05/2012 LOTFI S. TIMA PODOLOGIE Rue d'Alors 12-14-81	20/05/2012					8000,-HT

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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	G		35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
G																				
35533411	11433553																			
B																				
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Cabinet de Podologie Lotfi

Fatima Lotfi

Podologue

Diplômée de l'EFP de Bruxelles

Casablanca le : *3 MAI 1981*

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : SERBOUÏT HAJAR

Assurance : TULPRA S

Soins Médicaux :

Semelles Orthopédiques : pour pieds plats

Attelles :

Montant : 80000 D.D.

Total en lettres : huit cent dinars

LO-FI FATIMA
PODOLOGUE
20 Rue d'Algiers Casablanca
Tél : 05 22 22 04 81

Dr. A. SERBOUTI
Médecin Généraliste
Délégation Nouasseur

Le: 20/4/2022.

ORDONNANCE

L'enfant Hajar Serbouti, 3ans 8 mois présente les deux pieds plats, avec éffacement total des 2 creux plantaires.

→ se faire : 2 semelles orthopédiques
Dt + Ghe

Voir Podologue

LOTFI FATIMA
PCD OFICE
20, Rue d'Assas F. C. 75007
Tél: 06 22 20 481

Dr. A. SERBOUTI
Médecin Généraliste
Délégation Nouasseur

C.S. C.H.P. Rahma