

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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10190 Société : 120372

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Thady FADOUA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HAMRATI YACOUT Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lambéau Nasal DR anesthésique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : R. ALLAL BEN ABDELLAH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/06/22 | C3 | | 300 | DRÔLE DE MÉDECIN |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|---------------------------------|
| DRÔLE DE MÉDECIN | 21/06/22 | RX | 250 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

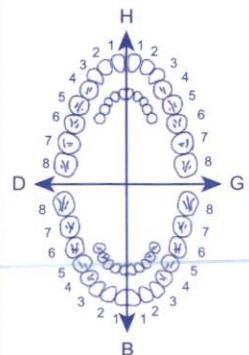
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | 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 |

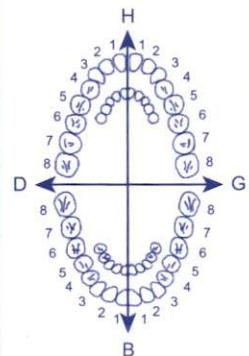


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Mohamed OUARAB

Ex Chef de service de Traumato - Orthopédie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Traumato - Orthopédie

Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques - Microchirurgie

البروفسور محمد واعراب

رئيس سابق بقسم جراحة العظام والمفاصل

ابن رشد الدار البيضاء

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة التقويمية - جراحة اليد

جراحة الأعصاب الطرفية - الجراحة المجهريّة



Casablanca, le :

21/06/2016

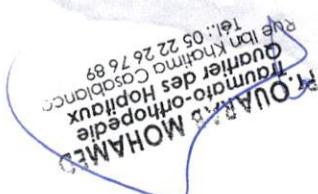
EL HARRATI / ADOUI

R : Recus de patient

une amputation distale de

la jambe avec un mésoton

réalisé par le Lombesam



زاوية زنقة دوبري وزنقة ابن كاتمة، حي المستشفيات - الدار البيضاء

Angle de la rue d'ubreuil et rue ibnou khatima, quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél: 05 22 26 76 89 - GSM: 06 64 18 18 18

Professeur Mohamed OIJARAB

Ex Chef de service de Traumato - Orthopédie

CHU Ibn Rochd Casablanca

Traumato - Orthopédie

Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques - Microchirurgie

البروفسور محمد واعراب

رئيس سابق بقسم جراحة العظام والمفاصل

ابن رشد الدار البيضاء

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة التقويمية - جراحة اليد

جراحة الأعصاب الطرفية - الجراحة المجهرية

Casablanca, le :

21 06 22

EL HARRATI YA Gool

Rt Nadias M

رue 05 22 76 89
Quartier des Hôpitaux
Professeur Mohamed OIJARAB
Casablanca

زاوية زنقة دوبري وزنقة ابن كاتمة، حي المستشفيات - الدار البيضاء

Angle de la rue dubreuil et rue ibnou khatima, quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél: 05 22 26 76 89 - GSM: 06 64 18 18 18



210622

Casablanca, le :

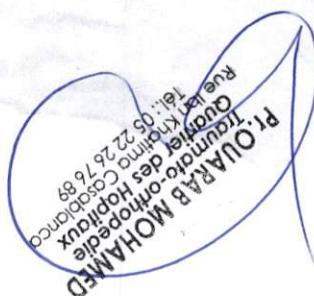
Facture

NOM ET PRENOM : EL HAMRITI YAQOUT

MEDECIN : Pr OUARAB MOHAMED

ACTE : RADIO

TOTAL : 250,00 DHS



زاوية زنقة دوبري وزنقة ابن كاتمة، حي المستشفيات - الدار البيضاء

Angle de la rue dubreuil et rue ibnou khatima, quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél: 05 22 26 76 89 - GSM: 06 64 18 18 18