

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.

MUPRAS
RECEPTION

Optique *190907* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1538*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL MOUADDEN HASSAN*

Date de naissance : *25-12-1960*

Adresse : *BLOC E N° 15 Désirée*

Tél. *06 64 31 52 78* Total des frais engagés : *300,00 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *09/06/2022*

Nom et prénom du malade : *EL MOUADDEN NANA*

Age : *56*

Lien de parenté : *Conjoint*

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *HIA*

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 : *Désirée*

Signature de l'adhérent(e) : *EL MOUADDEN NANA*



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
09/06/2011	500 F ce		300.00	<i>D. KHALID ADNANE</i> DENTISTE CHIRURGIEN DENTISTE SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 022 55 41 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL DUMOUNI</i> 144 lotissement el wafa Derouat 53 20000	91/6/22	459,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

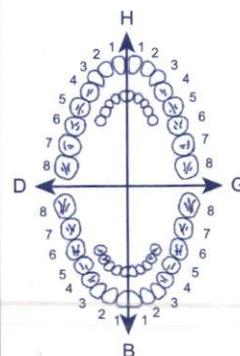
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

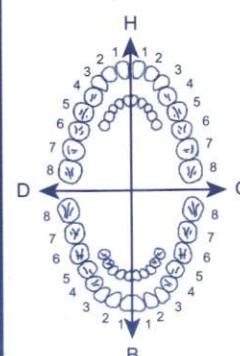
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX



ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologie
254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670
Tel.: 05 22 55 41 08
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp
Fax: 05 22 55 41 12
Email: kha_adnan@yahoo.fr
00 0 00099 2

le 09/06/2022

Mme Nana EL MOUADDEN
57 ans

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Detroua
Fix : 05.22.53.20.54

- 1) CONCOR AMLO 5/5 MG
Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois
68,90 x 3
- 2) FLUDEX LP Comprime A Lp à 1,5 mg Bte 30 Comprime
Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. ADNAN Khalid

Dr Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV Med Bouziane Salama III
Sidi Othmane - Casablanca
05 22 55 41 08



ents prescrits doit être déclaré au médecin

ECG

NOM:EL MOUADDEN NANA

Case #:

ID :

Investigation #:

Genre :

Age :56

DOB :14-05-1964

Date Test:09-06-2022 08:52

Médecin Référent:Doctor A

Signature Médecin:

10mm/mV 25mm/s

