

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-710036

123330



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1989

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUHTADI MOHAMED

Date de naissance :

1938

Adresse :

Lot. Vennond Rue 2 N° 14 Polo Casa

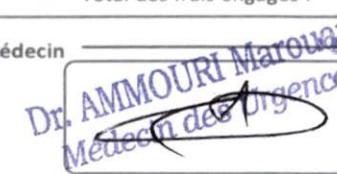
Tél. :

066 7 97 88 16

Total des frais engagés : 1220,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/07/2022

Nom et prénom du malade :

MOUHTADI MOHAMED

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Dentier de gencive

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 : 11/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

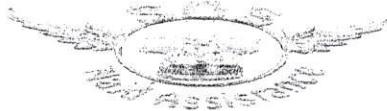


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11-07-2022	CS 4	509	509	DR. ANMOURI Marouf Médecin des Urgences 01153123
2022	domm			

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Kinésithérapeute	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE</i> 15/07/2022	15-07-22	720.90

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
				OD.F PROTHESSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				H	D	G																	
				25533412	00000000	21433552																	
				00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																						
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							



- Assistance à Domicile avec Matériel de Réanimation • Transport par Géocaravane •
- Évacuation Sanitaire par Avion
- Service Médicalisé Pompe Funèbre Musulman • Médecin et Infirmier à Domicile •
- Medicinalisation d'événements • Vente et location de Matériel

ORDONNANCE

Fait à : Casablanca / Le 11.07.2022

ISAT) MOUNTAZI MOHAMED

1) Bicarbonate de sodium

53,00 100g x 31 07/du

2) Daktarin gel : 100g x

131,60 31 Spectrin 500g x 10g

226,00 11 E-SAC-400g x 10g

100x5 Fortisanel S.P. 131,60

115,00 6) Dolipron 100g x 10g

ANGLE BD ABDELMOUMEN ET BD SIDI MOUAYAD SIDI MOHAMED 3, 500
CASABLANCA-MAROC TEL : 0522277739/0668703681

MAIL : Najd.assistance@hotmail.com

PATENTE : 34773677 - RC : 330517 - IF : 15266886 - ICE : 000130714000067

720,90



6 118001 180745



131,60



226,00



100x5



131,60



226,00



100x5

