

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-673181

123456

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11560

Société : RAM Express

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MEJJAD YOUSSEF

Date de naissance : 23/09/1976

Adresse : Rue Ibn Jelmir, Résidence Touareg, Casablanca

Tél. : 0661541227

Total des frais engagés : 463,8 Dhs

Dr BENJELLOUN Naji

SPECIALISTE ORL

235, Boulevard Yacoub El Mansour

Appt. No 5 - 2ème Etage

Résidence Al Anfal

tél. 95.12.89/90 - CASABLANCA

Date de consultation : 02 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : EL MEJJAD YOUSSEF

Age : 46

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : stite ext Gex

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	DI- SPECIALIS Acoude Etagé Boulevard de la Manufacture No 5 App. 235, à l'Amant Résidence CASABLANCA 95-12-89 Tel. 633-88-66 NICE RESIDENCE BOUTIQUE 1000 Casablanca NICARIAIE NI
	02/07/22	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	11433553	35533411			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																

	B	00000000	11433553																
	35533411																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

21,80

420

V(DH) ≈

POLYDEXA®

REDNI 20

diione

**Exploration et Chirurgie de la Surdité et c
Ex. Médecin à L'Hôpital 20 Août, Casab
Ex. Chef de Service O.R.L. à L'Hôpital Hass**

Casablanca, le : 12 JUIL 2022 الدار البيضاء في ٢٠٢٢ جUIL ١٢

263,80

② Polylactic A

421 II 8e 33

② Piedini 20

263,80

263,80 le mette

PHARMACIE NICE

B

AV. NICE Résidence Bourgogne Casablanca
BP MG N°3 Bourgogne Casablanca
22943399

DR BENJELLOUN Najib
SPECIALISTE ORL
235, Boulevard Yacoub El Mansour
Appt. No 5 - 2ème Etage
Résidence Al Anfal
Tel. 95.12.89/90 - CASABLANCA

235, شارع يعقوب المنصور اقامة الأنفال - شقة 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
235, Bd Yacoub EL Mansour - Résidence Al Anfal, App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 89