

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-725391

126262

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
6924

Matricule : Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Benali Rachida

Date de naissance : 1965

Adresse :

Tél. : 0654827440 Total des frais engagés : 498,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Jamai ARRAKI
Rue Ibnou Khaldour
Abous Casablanca
tel: 0522 44 25 43

Date de consultation : 17 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : BEN ALI Rachida

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fibrine importante

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

Signature de l'adhérent(e) : 18/08/2022



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
03 AOUT 2021	C		120 9H	INP : 0910123456789 Dr. Jamal ARRAKI ibnou'l-hadour sabt 2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GHISANE EL KHATTAB 4, Rue Abdoul Salamane El Khattab Casablanca Tel: 0522 82 90 44</i>	31/8/21	378,10

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

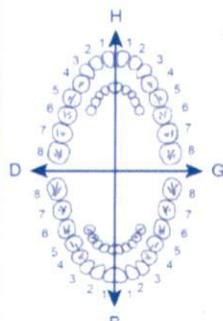
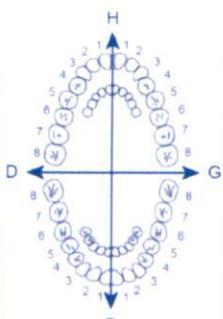
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">G</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	<hr/>			D	00000000	00000000		35533411	11433553	<hr/>			B	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																						
			00000000	00000000																						
		<hr/>																								
		D	00000000	00000000																						
		35533411	11433553																							
<hr/>																										
B		G																								
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																										

Docteur Jamal Arraki

قي

LOT:203881 EXP:03/23
PPV:189DH10

Médecine Générale

Ex-médecin Militaire

Expert Assermenté près les Tribunaux
Certificat Universitaire d'Echographie
médecin agréé à la visite
médicale d'Aptitude pour
permis de conduire

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

20 mg

LOT:203882 EXP:03/23
PPV:189DH10

يضاء
0650 8

318722

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

BEN ALI Rochida
 $189,10 \times 2 = 378,20$
Tunisie $\frac{100}{20} = 18,9$

PHARMACIE ABOU SOULAIMANE
GHIZLANE LARABI
4, Rue Abou Soulaimane El Khattabi
Casablanca - Tél:0522 82 90 44

Dr. Jamal ARRAKI
1 Rue Ibnou Khaldoun
Habous Casablanca
Tél: 0522 44 25 43