

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0009881

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA Abdelaziz

Date de naissance : 01.01.48

Adresse : 160 Blvd ANFA CASABLANCA

Tél. : 0669593936 Total des frais engagés : 900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Point de Suture

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 09 SEP 2022

Signature de l'adhérent(e) : Le ACCUEIL IBRAHIM 09.22

MUPRAS **IBRAHIM**

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.

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
16/08/22	Point de Suture	300 dhs	300 dhs	
	F.C.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARMACIE LES IRISSES SARL 164, Bd d'Anfa Angle Rue Molère, Casablanca Taxe Prof. 35621913 R.C. 253	16/08/22	20.1.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/08/22	Densément				100 dhs

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

39,00

PPV: 132DH00
PER: 06-24
LOT: L2105

planca, le:

16/8/2022

ORDONNANCE

Mr BENYAHYA Abdelaziz.

① NAXICLAV 1g (48)
132,00 Sachet x 21j x 10j

MAXIMALE IRRISSES S.A.R.L.
164 Bd d'Anfa Casablanca Angle Rue
Molerey - Casablanca 35621913
Tare Procesionale: 35621913
R.C.: 2504214045664

② MEFSAL 15 (48)
39,00 Replj x 507j

③ OENES (48)
30,00 Replj x 7j

201,00

LOT 210384
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

PROFESSEUR D COHEN
Chirurgie Endocrinologique
21 Avenue Mohamed V Casablanca
Tél: 02 22 52 22 77
Fax: 02 22 52 22 77
E-mail: dcohen@casablanca.com

Casablanca Le :

24/08/22



NOTE D'HONORAIRE

Le docteur

Prie M.....

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présent suivant l'usage sa note
d'honorai... pour.....

S'élevant à la somme de.....

Signature :

Ben yahya Abdellaziz

Rensement

4000 Dhs

GHANDI

Service de la logistique

54, Bd Ghandi Casablanca

Tel: 0522 36 74 65 / 0522 36 69 11

Casablanca Le : 16/02/22

NOTE D'HONORAIRE

Le docteur

Prie M.....

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présent suivant l'usage sa note
d'honoraire pour.....

S'élevant à la somme de.....

Signature :

Bengalye Abdellaziz

Point de Suture 300Dhs

F.C : 300Dhs

400 Dhs

CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
34, Bd. M'hamed - Casablanca
Tél: 0522 67 72 01 / 0562 36 69 11

2 Rue Nabi Hicham
Chirurgie Orthopédique
Protéose D. COHEN
Casablanca