

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 de caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4677 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAAFARI Mohamed

Date de naissance : 11.05.1949

Adresse : 7 Rue FRANKLIN Q. GAUTHIER

ESSAOUIRA

Tél. : 0671509299 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. JAAFARI ZAKARIAE
AHMED
et Réparatrice
CHU Ibn Rochd*

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : JAAFARI Mohamed Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : inflammation oculaire x infections -

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : inflammation oculaire x infections -

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 : CRISTALIS Le : 1/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : Jaafari

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
21/12/22				Dr. JAAFARI ZAKARIAE AHMED Chirurgie Plastique et Réparatrice CHU Ibn Rochd

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHLOU Nabil Khlifi 15 Résidence des 3 Rois (ex. Pharmacie de Verdun)	21/12/22	376.00

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	

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

LETT CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cachet du Médecin
Dr. JAAFARI ZAKARIAE
AHMED
Chirurgie Plastique
et Réparatrice
CHU Ibn Rochd

Date : 07/12/2022

Ordonnance

Jafarji Mohamed

24.6.2

PHARMACIE D'ANFA
NABIL KHALED
LAHLOU Oued El Makhrout
75, Place Oued El Maârif
Casablanca
Tél: 0522 27 38 49

1) Flakidex

1 gtt x 3/j

S.V

24.7.0

2) Zithromax 500 mg

1 cp/j pdt 3/j

S.V

Yolfo

3) Metformine

1 cp x 2/j

S.V

6330

4) Bellamy

2 cp x 2/j

S.V

1 SVP

