

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0914 Société : RAM 243838

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : NMissa Med

Date de naissance : 01-06-1944

Adresse : Hay Zoulay Abdellah Rue 189 N°8 Aïn Chok Casab

Tél. 0529844485 Total des frais engagés : 80,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/22

Nom et prénom du malade : Youssef Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DMIS col-

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 : a casa

Le : 05/10/2023

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
09/12/2022			C 180	Driss El Nécessaire 283,80 Driss El 11-12-2022 CD-Ter. 05 22 55 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAMILIALE INAF SARL AU Hay Mly. Abdellah Rue 187. N°15 Casab Tél: 0529 294 86	02/12/2022	80.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The upper arch has teeth 1 through 8 on the left side and 8 through 1 on the right side. The lower arch has teeth 8 through 1 on the left side and 1 through 8 on the right side. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the top center. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right from the center. A vertical arrow labeled 'D' points to the left from the center. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the bottom center.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Touria MAGHFOUR

Spécialiste en
Médecine Interne - Rhumatologie
Diabète et Goître - Sang et Nerfs
Les Grands Syndromes,
Les Maladies Infectieuses - Gériatrie
et Allergies

الدكتورة ثورية مغفور

اختصاصية في :

الطب الباطني - الروماتيزم
السكري والغدد - الأعراض الكبيرة
الأمراض التعففية - الدم والأعصاب
الشيخوخة - الحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 25/02/2024 الدار البيضاء، في :



38,00

1 Aftenua 1 Pyc 1C



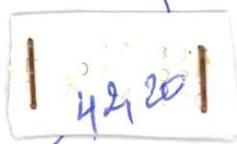
12,20

2 colaf 2



30,20

Dr. MAGHFOUR Touria
Médecine Interne
283, Bd. Idrissi El Harti
Cité Djemâa Ben M'sik-Casablanca
Tél. 05 22 55 29 43



PHARMACIE FAMILIALE INAR.
SARL AU
Hay Mly. Abdellah Kille 18
N°15 Casa - Tél. 05 29 29 43