

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-662614

145336

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

6867

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

B A H A F I D N O U A D D I N E

Date de naissance :

01/01/1965

Adresse :

Rabat

Tél. :

0668072930 Total des frais engagés : 1277,20 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed AGOUA
Professeur de Psychiatrie
TPA - Clinique Villa des Tala
Tél. : 05 22 77 41 70 - 06 51 67 91 36
INPE : 01635400

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14/11/1833 B.A.H.A.F.I.D

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Offet psychique

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 :

cas

Le : 14/11/2022

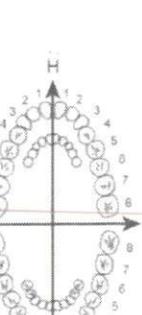
Signature de l'adhérent(e) :



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
14.11.12	Consultation	3	250	INP : 08193579 Dr Mohamed AGOUA Professeur de Psychiatrie Hôpital Ville des Lilas Tél : 01 77 41 70 - 06 63 67 99 36

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 092023860	16/11/28	102f,2s
		INPE : 092023860

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

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"/>																			
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																			
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>						H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
		H	G																		
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B	B																				
[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																					

14/11/22

~~No 12926~~

1^{me} BADO Kha Shifa

LOT : EQB121009A
PER : OCT 2023
PPV : 175 DH 00

16t.40³ 1/11 le fr

LOT : EQB121009A
PER : OCT 2023
PPV : 175 DH 00

2^e Xantes 5

LOT : KA13869
PER : 11-2023
PPV : 167,40DH

3^e 1/11

LOT : KA13869
PER : 11-2023
PPV : 167,40DH

Res per mal

LOT : KA13870
PER : 11-2023
PPV : 167,40DH

1/25 my le frati 11m³
1/25 my le mta 11m³

1^e San ant de 3m³

Le 13/02/2023

0-18m30