

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.

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.

N° W21-701173

147592

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A25224057

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HABIB ALLAH Mehdi

Date de naissance : 01/06/1975

Adresse : Résidence FAL GREEN Bouskoura

Tél. : 0673766755

Total des frais engagés : 78,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BELAQAIR Adnane
NEUROCHIRURGIEN

Date de consultation : 16/01/2013

Nom et prénom du malade : HABIB ACCIHE NEFIDI

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Céphalalgie

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
16/11/2023	CS		certif JAD	INP : 01911765112345 Dr. Adnane SIR Adnane MÉDECIN

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Pharmacie Rimal Lahdim Dr. Mariaza BENTAHYIA Dr Rimal Lahdim Route 10 - Bouskoura T/Fax: 05 22 59 00 10 - Casablanca</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DÉBUT D'EXÉCUTION																				
				FIN D'EXÉCUTION																				
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																				
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
				H																				
				25533412	21433552																			
				00000000	00000000																			
D																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
G																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																								



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 16/01/2023

Docteur :

HABIB ALLAH NEHDI

42,70
Sompreo 20 mg

3g de sucre pour 100g
30,00
Ode 274
- - - 0 pour 100g

T: 78,70

Dr. Karim Houidi
Dr. Lahcen Lahlali Houidi
Doutor Rmali Lahcen Houidi
Tél / Fax : 05 22 59 00 10 - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Soluipred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70

6 116000 060536

LOT 210384
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

دكتور كاريم هويدى
دكتور لحسن لحلالى هويدى
دكتور رملى لحسن هويدى
مصحة الجهاز العصبي
والمراكز العصبية والنفسية
Dr. BELAQSIR Admete
NEUROCHIRURGIEN