

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

- Reclamation : 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.

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

M22- 0011073

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Mehdi 148974
 Nom & Prénom : AIT LAL HIAZ Mehdi
 Date de naissance : 01/01/1944
 Adresse : 36 Abou Ishak el ovajjaj apt 6
maarif Casablanca
 Tél. : 0663607838 Total des frais engagés : 1834,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Faissal MAGHEOUR
 Spécialité en Traumato Orthopédie
 Hay Tarik, Rue 40 N° 5 Bernoussi
 Casablanca - Tél. : 05 22 76 74

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : El Fakih Abdellah Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ablation

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : El Fakih Abdellah

Le : 10/02/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



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
20/01/2023	Acte 1	Var Jdm +	161000	 Dr. Faisal MAGHFOOR Spécialité en Thérapie Hay Tark Rue 40 Casablanca - Maroc T: +212 66 123 4567

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Familles de Normandie et Imen Casablanca - Tél: 0522 35 63 60	20/01/2021	18340

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: clockwise arrows on the upper arch and counter-clockwise arrows on the lower arch. The diagram is oriented with the top pointing up, the bottom pointing down, the left pointing left, and the right pointing right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Le 20/01/2022

AIT LAKHDAR Nadjia

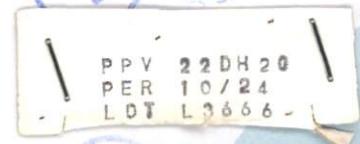
94.30 Segmen ros
3 x 2



22.20 Casalix
3 x 3



—
86.10 Dolac 50
11



18340

Dr. Faissal MAGFOUR
Spécialité en Traumatologie
Hay Tarik, Rue 40 N° 5 Bâtiment 1
Casablanca - Tél. : 02 76 74 11

PPV: 86DH40
PER: 07/25
LOT: L2577-1



BILLET D'ADMISSION

N° admission



E2300177

Nom patient

AIT LAKHDAR NADIA

Médecin

MAGHFOUR FAISSAL

Motif

ABLATION DE BROCHES

Encaissement

1 650.00

Visa accueil

FEKKAK 08:28

CLINIQUE AL MADINA
CLASSE ③
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **1005 / 2023** du **20/01/2023**Nom patient **AIT LAKHDAR NADIA**
PAYANTEntrée **20/01/2023**
Sortie **20/01/2023****ABLATION DE BROCHES**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ABLATION DE BROCHE	1.00		1 650.00	1 650.00
<i>Sous-Total</i>				1 650.00
Total Clinique				1 650.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	1 650.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCCE MECQUE- CASA

