

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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



Déclaration de Maladie

N° W21-716932

AS/017

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2791

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MORSLI Abderrahmane

Date de naissance :

01/61/52

Adresse :

Lot Tadamoune Rue 5 N° 4 Oulba Casablanca

Tél. : 0661959386

Total des frais engagés :

98,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ZAHIDI Ilham

Age: 53 Ans

Nom et prénom du malade :

ZAHIDI Ilham

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Consultation

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 : Casa

Le : 20/02/23

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-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
				INP : [REDACTED]

PHARMACEUTIQUE
 Siham G.
 Docteur à l'hôpital
 4, Résidence Amman
 réf: 05 22 89 43 09 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de l'Ordonnance ou de l'Infirmier	Date	Montant de la Facture
	23/01/23	98.60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	23/01/23 Cs1	Louche / denture fixe	INP : 094 012326
			COEFFICIENT DES TRAVAUX Cs1
			MONTANTS DES SOINS Crâne
			DEBUT D'EXECUTION 23/01/23
			FIN D'EXECUTION
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

 DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

Dr. Nadia SAADI
 Dentiste en Prostodontie et Cassejana
 Maroc Tel: 05 22 25 32 78



Docteur NADIA SAADI

الدكتورة نادية سعدي

Chirurgien Dentiste

Casablanca, le :

23/01/23

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM
Sihem GUERRAOUI
Docteur en Pharmacie.
4, Résidence Annaim - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 89 - Casablanca

me
Zaïdi IPhar

75,50
le

Brisiflage

75

75

Gel

3 f s t

23,00

2^e Pausseal

160,00

05 22 25 32 78
Interop - Casablanca
1er Etage Appt.N°1
Dr Nadia Saadi
Chirurgien Dentiste

PANSORAL
GEL BUCCAL T15G
LOT : 22E006
PER : 05/2026
P.P.V : 23DH00

6 118000 012078

PPV
PER
LOT
75,50
160,00
6 118000 012078

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1 Maârif Extention .

Tél.: 05 22 25 32 78 - E-mail : cabinet.drsaadinadia@gmail.com

