

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.

152405

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13128

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Cherifoui Dariif Adhame

Date de naissance :

01/01/1992

Adresse :

Res sidi abderrahman 6H14 apt 45 Oulfa Casablanca

Tél. : 0611424290

Total des frais engagés : 325,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Dr. Allal Ben Abdellah, Dariif Adhame, Age : 19 ans, Conjoint, Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaré

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
03 03 23		02 250M		 Dr. YANNI Abdellah Médecin Pédiatre 10 Côte du Lac 2050 Chomedey Québec G1P 4Z5 Tél: 416-286-1383 Fax: 416-286-1383

**Cachet du pharmacien
ou du Fourmisseur**

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fourchassier	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL 15 Rue de la Côte d'Or 75007 Paris	02/10/93	25,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

PPV 21DH20 EXP 06/2025
LOT 24008 3

Lot :
مجموعة

Fab :
صنع:

Exp : صالح لغاية:
09/25

7003 09/22 BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH



Sur Rendez-vous

Casablanca, le

3 03 - 92 الدار البيضاء، في:

بالموعد

CHÉ R. GRI DARI F Nadine

16,30

Sufraue

AS

34 10

21,20

Columb

AS

6

38,10

Ullhac

AS

28,60

Dr. EL ALAMI Abdellatif
Spécialiste Pédiatre
10 Bd Colisée
Casablanca 20230
GSM 066 13 83 423
05 22 31 95 00
09 10 44 423
08 22 31 95 00

مكتب Dr. EL ALAMI Abdellatif
MOTAHIDA
Casablanca
Bd 11 Janvier
GSM 066 13 83 423
05 22 31 95 00
09 10 44 423
08 22 31 95 00

87, Bd. 11 Janvier (à côté du cinéma colisée) - Casablanca - Tél : 05 22 31 95 00

En cas d'Urgence, Contacter GSM : 06 61 13 83 40

05 22 31 95 00 شارع 11 يناير (بجانب سينما كوليسي) الدار البيضاء - الهاتف :