

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9619**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **GRINE**

Abdeslemon

152667

Date de naissance : **08/02/1962**

Adresse :

Tél. **0665122088**

Total des frais engagés :

850,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Karim EL KHADIME
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique, Traumatologie
461 Avenue Mohamed V et Ibn Aït Zarza
N° 10 Nakhla 3, Kénitra - Tel : 05 37 327 321

Date de consultation : **28/02/2020**

Nom et prénom du malade : **A. A. naf grine** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rupture L.C.A.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

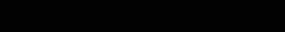
Fait à :

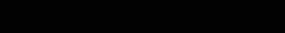
Le : **10 MAR 2020**

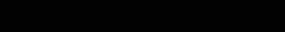
Signature de l'adhérent(e) :

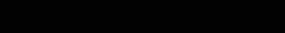


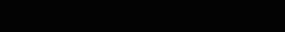


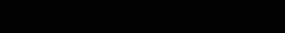


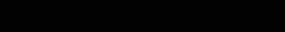


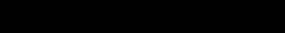


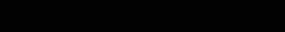


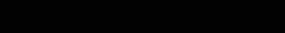












RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/07/2018	CG		250,00	

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of circles. The grid is bounded by a thick black border. The top edge is labeled 'H' at the top center, with arrows pointing up and down. The left edge is labeled 'D' on the left center, with arrows pointing left and right. The right edge is labeled 'G' on the right center, with arrows pointing left and right. The bottom edge is labeled 'B' at the bottom center, with arrows pointing up and down. The circles are arranged in a pattern: the top row has 12 circles with the number '1' in them; the second row has 12 circles with the number '2'; the third row has 12 circles with the number '3'; the fourth row has 12 circles with the number '4'; the fifth row has 12 circles with the number '5'; the sixth row has 12 circles with the number '6'; the seventh row has 12 circles with the number '7'; the eighth row has 12 circles with the number '8'; the ninth row has 12 circles with the number '9'; the tenth row has 12 circles with the number '10'; the eleventh row has 12 circles with the number '11'; and the twelfth row has 12 circles with the number '12'. The circles are arranged in a staggered pattern, with each row offset by one circle from the row above it. The circles are light blue with black outlines. The labels D, G, H, and B are in large, bold, black letters.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom & Prénom

GRIHS ACHRAF

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

28.11.2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Perte de tonus
gauche

3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

Ligamentoplastie

N109

K149

4) Durée prévisible du traitement

A.

20

Docteur Karim EL HADIME
 Spécialiste en Chirurgie
 Orthopédique Traumatologique
 451 Avenue Mohamed V et Ibn Abi Adda
 Bureau N°10 Nakhla 3, Kénitra - Tel : 05 37 327 327
 Signature

NOTE CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN CONTRÔLEUR

Pli à Joindre au B.I. ou à la D.E.P.

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

**Ce pli ne doit être ouvert
que par le médecin contrôleur**

Expéditeur