

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.

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
20/02/23			200,00	<p style="text-align: center;">RAIS</p> <p>Médecine Générale Echographe</p> <p>Médecin de travail</p> <p>Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65</p> <p>Tél: 022 912 77 INT: 091011978</p> <p>ICE: 10210345000043</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Fix : 10/02/23	10/02/23	243,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

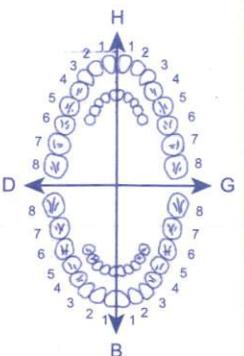
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
G																					
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				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

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le : 10/02/2023
الدار البيضاء، في :

Me Benkia : Dr. S. V.

1) ~~Ene di 40 Bl 14~~ 8.V.
u. a 14/fevr au 14/02/2024.

2) ~~Cinec sp~~ 8.V.

15/2/2023 - 20/2/2023

3) ~~Tunis dat~~ 8.V.

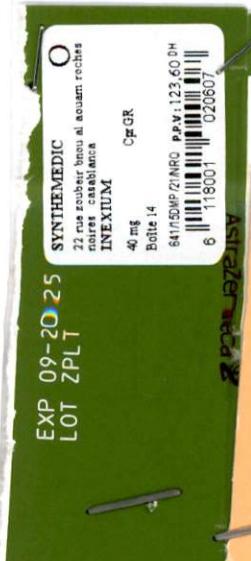
16/2/2023 - 17/2/2023

4) ~~No sba rre sp~~ 8.V.

17/2/2023 - 18/2/2023



LOT : 21019 PER : 01/2024
P.F.V. 44,00 DH



LOT : 4184
PER : 10-27
P.P.V : 30 DH 80



Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le : 24/11/2022 الدار البيضاء، في :

One Benkia Rachida

130,00 lire les deux cent cinquante pour
Chèque

No 3 n°

Dr. ARAFA ALAOUI F. SAKINA
Médecine Générale - Echographie
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83
E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043

AMI PARA
N° 1 N° 98
El Madina 1
Deroua
06 61 31 09 83

RAMI PARA

Le 10/02/2023

Bourkia Rachida

FACTURE : 003/2023

DESIGNATION	QTE	PU En DH	PRIX TOTAL
On call plus boite 50	1	130.00	130.00
Prix total TTC			130.00

Arrêtée la présent facture à la somme de :

CENT-TRENTE DIRHAMS



Signature :

Votre certificat- ICE . votre ICE est : 001923218000027 Vos information comple & eautementaire sont : - TP : 55823044 - Siége social : 71 lot CHABAB MAQDISSI DEROUA EL GTARA-DEROUA - Activité : COMMERCE DE DETAIL DE PARFUMERIE ET DE PRODUITE DE BEAUTE - Forme juridique : - CIN : 1336313