

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0030238
155876

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0000830

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Darzouki Yemaa

Date de naissance :

01/11/1972

Adresse : Haly Abbadi B.Nekha Rue Nekha N°166

Témara

Tél. : 06.04.36.82.70 Total des frais engagés : 450,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/03/2023

Nom et prénom du malade :

Yemaa

Age :

61 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/03/2023 Témara

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
06/03/23			300,00	Spécialiste en Chirurgie Oto-Rhino-Laryngologique et Chirurgie Dentico-Faciale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE	06/03/23	150,46

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

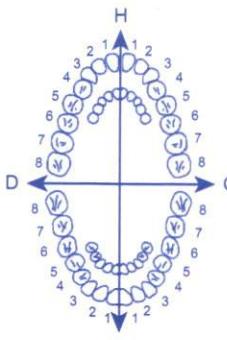
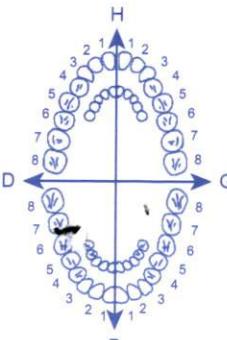
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Khaoula KARIM

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste en Vertige et trouble de l'équilibre



Diplômée de la Faculté de Médecine
et Pharmacie de Rabat
et de la Faculté Claude Bernard - Lyon

الدكتورة خولة كريم

طبيبة اختصاصية في طب و جراحة
الأذن، الأنف والحنجرة
و جراحة الوجه و العنق

طبيبة اختصاصية في الدوحة و اضطراب التوازن
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
و كلية كلود بيرنار ليون - فرنسا

Rabat, le :

٢٣/٠٣/٢٠١٥

40,00

٢٢٢

٢٢٢

٢٢٢

٢٢٢ × ٤٠,٠٠
٨٠١٠٠

٣) لكتيل

٤

٥٠٠

40,00

٢٢٢

٢٢٢

٤

٥١,٠٠

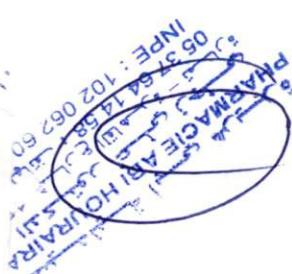
١) تانغاني

٤

٤

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tanganil 600mg cp b30
P.P.V : 50,10 DH

6 116001 183340



١٩,٤٠

٤

٤

٣) Antibiotique
٢after x ٣٤

٤

Dr. Khaoula KARIM
Spécialiste en Chirurgie
Oto-Rhino Laryngologique
et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE (05 2015)

٢٢٢ = ١٥٠,٤٠