

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

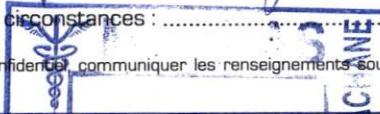
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	616	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : 34411 24 HOUICI NE			
Date de naissance : 01.06.1948			
Adresse : HAY EL INARA 1 RUE 14 N° 11 Casablanca			
Tél. : 06.64.89.55.94		Total des frais engagés : 1036.36 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	27/01/2013	Age :	
Nom et prénom du malade :	DRAWA 17/04/13		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA + diabète + hypertension artérielle		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
			

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 : S. ASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/01/2013
I. BOZZACI

Signature : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MOUHSSINE LOUHA 34, AV. 2 MArs PICHET Tél. 06 70 00 00 00	27/09/23	832,30

ANALYSES - RADIographies

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
		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	
				CŒFFICIENT 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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper left and upper right sides. Directional markers are present: 'D' (Distal) on the left, 'H' (High) at the top, 'G' (Gingival) on the right, and 'B' (Buccal) at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

LOT: 406
PER: SEP 2024
PPV: 126 DH 90

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes
Hommes et Enfants



الدكتورة أسماء، كثورجة

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشعاع بالألوكسجين
متابعة الحمل
طب النساء، الرجال
والاطفال

Nom du Patient:

Casablanca le:



SAHLI naim
77,00 x 4 = 308,00
12 Ampoules 10
1 x 14 Lb

126,80 x 3 = 380,40
71,00
2 Hg de 50
72,90 1 x 14 Lb
219 Pj - 75
232,30 1 x 14 Lb

LOT: 381
PER: AVR 2024
PPV: 126 DH 90

PPV: 77DH00
PPV: 77DH00

PPV: 77DH00
PER: 12/24
LOT: L3498

LOT: 399
PER: SEP 2024
PPV: 126 DH 90

LOT: 329
PER: FEV 2023
PPV: 71 DH 00

المركب السكتي توزر سيدى مسعود، مدخل رقم 8. طابق السادس شقة رقم 1 - المدى البيضاء

Complexe Résidence Taouzar Sidi Massaoud, Entrée N° C, Imm N° 8 - RDC Appt N° 1 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : doctourgourjaasmae@live.fr

b) Véfication (V435)

1227

