

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-786798

156193

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10304	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Autre : <i>Marzouki Idrissi Mohamed</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0643960102	Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Bellajquier Loubna</i> Chirurgie cervico-faciale et Chirurgie CAA Bd M'hamed Ben Abdellah Imm F Chabab 22000 Casablanca N° 5 Ain Ssabaa Casablanca 05 22 20 45 45 05 22 22 78 18 </div>			
Date de consultation : 03/03/2023			
Nom et prénom du malade : MARZOUKI IDRISI IBTHAL Age: 16 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>finiste</i>			
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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *J. A. A.*

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		Le: 4 : NASO	300 500 TTL 800 DH	INP : 091184484 Signature du Médecin : Loubna Signature de l'Assurance : Caisse Maladie Signature de la Caisse Maladie : Caisse Maladie Signature de la Caisse Maladie : Caisse Maladie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHABAD CAY</i>	08/08/23	620,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

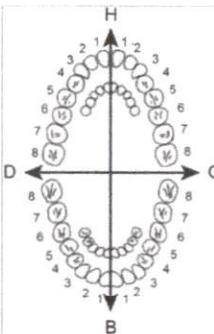
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

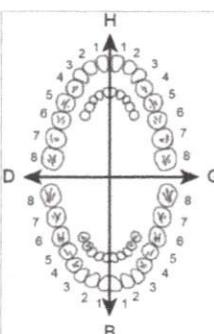
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B
25533412	21433552										
00000000	00000000										
D											
G											
B											
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>										
	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>										
	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>										
	DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Spécialité en ORL (oto-rhino Laryngologie) et chirurgie cervico-faciale
- Surdité, acouphène, vertige
- Allergie ORL et ronflement
- Pathologie de la voix
- Ex. médecin à l'hôpital 20 Août à Casablanca

Enfants et adultes

الدكتورة لبنى بالفقيير

- أخصائية في أمراض وجراحة الأذن والأذن والحنجرة
- وجراحة الوجه والعنق
- تشخيص وعلاج اضطراب السمع، طنين الأذن، الدوخة
- علاج الحساسية والشخير
- اضطراب الصوت
- طببة سابقة بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

للصغار والكبار

Casablanca, le: 03/03/23.

Ibtihem Mergouki Idissi

Compte rendu de l'otoscopie

FN de l'oreille: hypertrophie tubaire inf.

- Muqueuse très inflammatoire
- ostéome au niveau du meatus moy.

FN de l'oreille: Tufbol[®] diffuse

- hypertrophie tubaire inf

Causes: bise

Belfaquir Loubna
Dr. et chirurgie cervico-faciale
Chabab C2A, Bd Mohamed Baamrani Imm. F4 - 1er Etage Appt. N° 5 Aïn Sebaâ - Casablanca
Tél: 06 22 73 34 12 - Urgences : 06 97 18 41 43 E-mail: dr.belfaquirloubna@gmail.com



NOTE D HONORAIRES:

NOM ET PRENOM DU PATIENT: MERZOUKI IDRISI IBTIHAI

Dr Belfaquir Loubna VOUS REMERCIE ET VOUS PRÉSENTE LA NOTE

D'HONORAIRES POUR L'ACTE:

COTATION: ✓

HONORAIRES: 500,000 M

ARRETEE DE LA FACTURE A LA SOMME DE :