

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- 0014687

AS 204 8
AS 204 8

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : koun M3

Date de naissance : 06/07/50

Adresse : Casab

Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 586,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAKHSSASSI ALL
Medecine Générale
Echographie
Bouknadel Centre
Tél. : 0537 62 20 05

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : M. koun M3 Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Angi'lan, Al'furan + Gashice

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12/02/2023

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 : Casab Le : 12/02/2023

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
21/03/2023	C 9	150,00	Dr. LAKHESASSTALI Médecine Générale Echographie Bouknadel Centre Tél.: 0537 82 20 05	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/3/93	436,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
METEOSPASMYL® 8 20 caps molles Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg P.P.V. : 40,40 DH Distribué par COOPER PHARMA 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca	PPV LOT PER	28,80	32,80

LOT : 2453
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

AUX P.P.C : 119 DB
Duo: Lot:
10/25 DS10/2

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. The diagram is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, and a vertical axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: upper arch (H) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (B) has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The diagram illustrates the concept of 'H' as the highest point of the arch and 'B' as the lowest point.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Bouknadel, le 21/03/2025 بوقنadel، في

Nom : Roudi

Prénom : M. El

28,00

- Salpidal CP

28,00

32,80 CP → metin

32,80

AVT Repas

- Peridys CP

40,40

1 - 1 - 1 AVT
- Meteospasmol CP

119,00

40,40

1 - 1 - 1 AVT

- Stress CP

216,00

119,00

1 - 0 - 1 Ausmild Repas

- an 70840 mg lot 28.

216,00

216,00

436,40

Dr. LAKHSSASSI ALI
Médecine Générale
Echographie
Bouknadel Centre
Tél.: 0537 82 20 05