

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 7573 Société : RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Sembaj Nasra 160754

Date de naissance :

20.8.61

Adresse :

22 Rue La Fontaine Les Sables d'Olonne

Tél. : 06.12.40.50.97 Total des frais engagés : 310 + 252, 80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. D. COHEN
Chirurgie OSTÉOARTICulaire
Chirurgie ARTHROSCOPIQUE
22, Rue Najib Mahfoud Gauthier
Tél : 05 22 48 36 12

Date de consultation :

20/10/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tendinite de coiffe

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
2014/23	ls		300.	en DÉDUCTION Chirurgie OSTÉOARTICULAIRE Chirurgie ARTHRITIQUE 22, Rue Nantais - 44000 NANTES Signature : <i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ARAKI Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddou Tél. 0524 22 11 22	20/11/23	252,40 D

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Professeur David COHEN

Ancien Professeur à la Faculté
de médecine de Casablanca
Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie arthroscopique
Chirurgie de la main et micro-chirurgie
Chirurgie du rachis
Médecine et chirurgie du sport

البروفيسور ديفيد كوهن

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء
يختص في جراحة العظام والمفاصل
الجراحة المنظرية للمفصل
جراحة اليد
جراحة العمود الفقري
الجراحة و الطب الرياضي

Casablanca 20/4/2023

No, 60x2 Mme BENNIS Nadia

1/DOLOSTOP 1G



LOT : 2161
PER : 02-26
P.P.V : 10 DH 60

LOT : 2161
PER : 02-26
P.P.V : 10 DH 60

1 cp trois fois par jour pendant 10 jours (M/M/S)

2,80x2/OEDES 20

1 cp par jour pendant 14 jours (S)



3/DOLICOX 200

1 cp par jour pendant 8 jours



4/COLTRAX

1 cp le soir au coucher pendant 21 jours



212.80

LOT : 2161
PER : 02-26
P.P.V : 10 DH 60

LOT : 2161
PER : 02-26
P.P.V : 10 DH 60



Dr. D. COHEN
Chirurgie OSTEOARTICULAIRE
Chirurgie ARTHROSCOPIQUE
Quartier Gauthier