

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3565

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DADDISSI SID MOHAMED

161214

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667 12 34 22

Total des frais engagés : 269,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/03/2023

Nom et prénom du malade : DADDISSI SID MOHAMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : 025

Le : 18/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : SAID DADDISSI



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
24 03 24	CA		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 24/03/2023 <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>19 Lot 190325 Casablanca</i> RNP 1 033349	 24/03/2023	 118.00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D (Upper Left Quadrant):** Contains teeth 1 through 8.
- H (Upper Central Quadrant):** Contains teeth 1 through 5.
- G (Lower Central Quadrant):** Contains teeth 1 through 8.
- B (Lower Right Quadrant):** Contains teeth 1 through 3.

The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 in each quadrant, starting from the central incisors and moving towards the molars. The diagram also shows the dental arches and the positions of the upper and lower teeth relative to each other.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL JABIRI MINA

Médecine Générale

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE GENERALE

الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le ٢٤/١٠/٢٠٢٤ الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

DADISSI MOHAMED

87,00



#

Biovance 500mg

49,00



2)

Docivox Syr

14pl

100x31g



T : M8, 5

صيادلة ابن سينا
PHARMACEUTICALS
FOULOUZ
Docteur El Adarissa Sidi Maârouf
N° 119 Lot. Al Adarissa Sidi Maârouf
Tél. 0522 97 37 25 Casablanca

Docteur EL JABIRI Mina
Médecin Généraliste
N° 119 Lot. Al Adarissa
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. 0670 80 39 37 - 0522 97 37 25