

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.

Maladie **1659** Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1659**

Société : **R A M** **164797**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MAHTOUBI** **Mohamed**

Date de naissance : **1/11/1956**

Adresse : **317 lot la maison 1. Rissani**

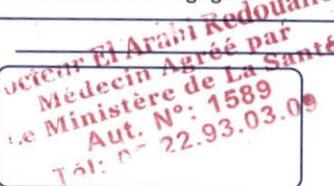
Cas 25000

Tél. : **05 6115 1866**

Total des frais engagés : **750** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/06/2023**

Nom et prénom du malade : **MAHTOUBI Mohamed** Age : **67**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Arce dentaire + Tendinite**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Red stamp of 'Médecin Agréé par le Ministère de La Santé' with 'Aut. N°: 1589' and 'Tél: 05 22 93.03.09'



Optique

Autres

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
06/06/2022			1500000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/06/23	PHARMACIE AL MIZA Meriem G. 599,40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G													
25533412	21433552														
00000000	00000000														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
MONTANTS DES SOINS															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
DATE DU DEVIS															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
DATE DE L'EXECUTION															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Redouane El ARABI
 Médecine Générale
 Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé



الدكتور رضوان العربي
 الطب العام
 طبيب خبير محلف لدى المحاكم
 الفحص بالصدى

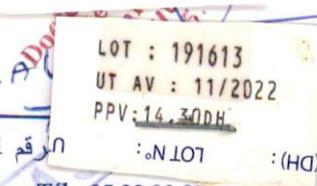
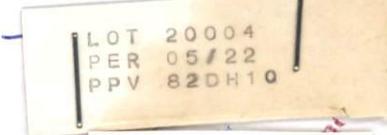
Echographie
 Electrocardiogramme
 Petite Chirurgie - Circoncision

Casablanca, le :

06/06/2023
 ماء في
 ماتج دهربن



85,80
 1 - FLLOXAM 500
 28,80
 2 - VITAN EVO 12 FORI
 79,00
 3 - MEF 500
 82,10
 4 - ERGAC 200
 38,20
 5 - DIFAL
 14,30
 6 - R 14: 1000 mg



05 22 93 03 09
 رقم 141 الطابق السفلي - الشقة رقم 2 الدار البيضاء - الهاتف :

141, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura-RDC N°2 EL Oulfa-Casablanca-Tél. : 05 22 93 03 09

28,00 x 6

45,20 x 6, = 271,20

Chlorophénage 8% (0,6ml)

1 - 0 - 1

PHARMACIE AL MIZA
Médicaments et soins
Lot Al Khalil - Impr A3 - Lissaka
Casablanca - Tel/Fax: 05 22 93 19

RF:

PT:

599,40
PHARMACIE AL MIZA
Médicaments et soins
Lot Al Khalil - Impr A3 - Lissaka
Casablanca - Tel/Fax: 05 22 93 19

45,20

EXP 11/2027
PPV 45.20DH

Arabi
égr. R
de rédu
9,75 a
3,08 a
0,03 a

45,20

LOT 221622
EXP 11/2027
PPV 45.20DH

LOT 221622
EXP 11/2027
PPV 45.20DH

45,20