

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.



Déclaration de Maladie

M23-010942

165751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SLAÏNNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/54

Adresse : Lot Camilia Hay Kremat Rue 2 n° 43

Tél. : 0662 01 4171 Total des frais engagés : 184,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : SLAÏNNI RACHIDA Age : 68

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ABCES dentaire

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 : CASA Le : 06/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : SLAÏNNI

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Toufik LAMRISSI

Ex Chirurgien Dentiste - Stomatologue

à la M.G.E.N de Safi

Honoré par la Délégation des
Chirurgiens Dentistes des USA

Tél.: 0522 21 46 10



الدكتور توفيق لمريسي

طبيب رئيسي سابق بجراحة الأسنان والفك

بأسفي

حاائز على دبلوم الشرف من طرف البعثة

الأمريكية لجراحة الأسنان

الهاتف : 0522 21 46 10

Casablanca, le 06/06/23... البি�ضاء، في

126.3°

1) Augmentation 1g.
ix 2 pdt. 55.

PPU: 126,30 DH
LOT: 650905
PER: 11/24

2) EFFIPRED 20 mg
40.00. 1x2,5 pdt 55.

EFFIPRED 20 mg
Dr. MEDICAL MOUR
My Lakemate Rue 28,
Casablanca
Tel.: 05 22 21 33 1
ISM: 06 61 08 55 0

PPU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 12

3) ELUDRIL 30 ml

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V: 17DH70
9202 LO 934
800982 101
6 118000 01054

Dr. LAMRISSI TOUFIK
Chirurgien Dentiste
Stomatologue
773, Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél.: 05 22 21 46 10