

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.

M23-003872

Optique **168926** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0749**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mr SOUTAIL Abdallah

Date de naissance :

01/07/1934

Adresse :

**1 Hor. Rue latelak Feme Foutre
CASA BLAIS**

Tél. :

0658928336 Total des frais engagés : **537,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M2

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : **81 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

CASABLANCA

Le : **20/07/2023**

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
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 1. M. Ville PHARMACIE M. VILLE 16, rue de la République 75010 PARIS Tel: 01 55 22 00 74 06 22 93 38 88	2010/1/23	537,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (UL), upper right (UR), lower left (LL), and lower right (LR). The quadrants are labeled with letters: D (left), H (top), G (right), and P (bottom). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards (H) and the horizontal axis pointing to the right (G). The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the upper left corner.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

Page :1

FACTURE

Client :

AZIZ ZOHRA EP SOUHAIL

N° FACTURE :569749

Date :20/07/2023

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
COAPROVEL 150MG/12.5 MG 28COMP Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1 Ain sebaâ Casablanca Co-aprovel 150mg/12,5mg b28 P.P.V : 134,30 DH  6 118001 081028	4	134.30	537.20

Total TTC = 537.20

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQ CENT-TRENTE-SEPT DIRHAMS 20 CTS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr BENHAYOUN A*

Spécialité :

Gastrologue

N° ICE :

N° INPE :

INPE 091113875

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Mme Azi Souhaïl Sohne*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Co ariavel 1011215

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASA le 16/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr G. Benayoun
Dr G. Benayoun
Gastrologue
12, Rue Mohamed Benou Noussair
Casablanca
Tél: 0522-22-26-02-50 - GSM: 0661-77-05-60

Cette déclaration est renouvelable une fois

Conformément à la loi 09-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées