

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

- 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

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1564	Société :	PAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AB9389
Nom & Prénom :		ETTANOUTI MOHAMED	
Date de naissance :		21-06-1954	
Adresse :		16, Rue ELOURHOUANE BEAUFORT CASABLANCA	
Tél. :		0661285110	Total des frais engagés : 375,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ETTANOUTI MOHAMED Age: 1954

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 25/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : 25/07/2023



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
1				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Des Clubs Dr ESSAADOUNI Yasmina 18 Rue Annasrine- Beauséjour Casablanca-Tél: 0522 36 26 32	25/6/13	375,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram showing a 7x7 grid of circles, each containing a number from 1 to 7. The grid is centered at the origin (0,0). The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
- Row 7: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Letters are placed at the corners of the grid:

- D** is at the bottom-left corner (Row 7, Column 1).
- G** is at the bottom-right corner (Row 7, Column 7).
- H** is at the top-center (Row 1, Column 4).
- P** is at the bottom-center (Row 7, Column 4).

Arrows point from the letters to their respective grid positions: **D** points to (7,1), **G** points to (7,7), **H** points to (1,4), and **P** points to (7,4).

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHEZ BIEN PRATICIEL ATTESTANT LE DEMANDEUR

VISAS ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. ETTOUR Th. b.

Case blanca

Case blanca Le 25/6/83

Facture N° 10

Quantité	Désignation	Prix	Montant
10	Hydrocort	37,50	375,-

Annexe presque facture à 6-
Sommes trois cent soixante-
quinze Dirhams

Pharmacie Des Clubs
Dr ESSAADOUNI Yasmine
18 Rue Annasine Beauséjour
Casablanca Tél: 0522 36 25 32

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

Mapfar
BD Akrima N° 6, QL
SIDI BERMUSSI, Casablanca
HYDROCORTISONE 10mg
B/25 CP
P.P.V.: 37,50 DH

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ETTANOUTI MOHAMED**

Matricule : **1564** N° CIN : **B 181694**

Adresse : **16, Rue EL OU KHTOUNA NE BEAUTEVOUR CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant MIKOU A.

Je soussigne : **MIKOU A.** Spécialité : **ENDOCRINOLOGIE DIABE**
39, BD. RAHAL EL MESKINI - C
TEL:022 31 16 30 - FAX:022 31 0

N° ICE : **INPE 081113076** N° INPE :

Certifie que **Mme, Mme, M.**

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

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

Insuffisance cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Hydrocortisone 10 mg 1/2 - 0 - 1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le 16 MAI 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées