

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.

M22- 0016676

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10976 Société : 173066

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Slaoui Sajer

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661343944

Total des frais engagés : 100000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/06/2023

Nom et prénom du malade : Slaoui Sajer Age :

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 :

Le : 21/06/2023

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
21/06/23	Cf.	Cl	400,00	<i>DRSSI Boul. H. M. Professeur Neuro - INP : 10112312</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
صيادلاني	06/23	29,10 DT
PHARMACIE SAH		
Mme LARAKI Ghita		
142, Bd Abdellah Boualeb Route d'Azemour		
Collé a la Fournière Hay Hassani - Casablanca		
Tél. : 05 22 90 38 38 - Fax : 05 22 65 31 23		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

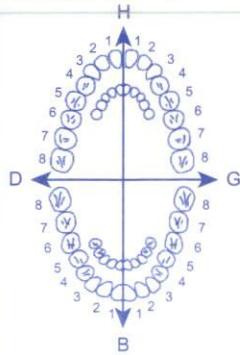
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

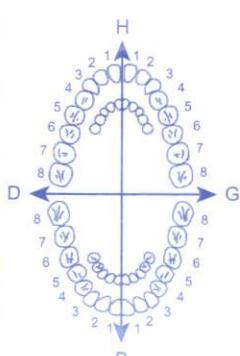
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553



(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

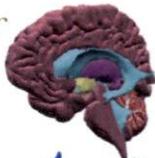
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Bouchikhi Idrissi Med

Neuro - Psychiatre

Professeur à la Faculté de Médecine - Rabat



الأستاذ محمد البوعشمي للأدريسي

طبيب الأمراض النفسية والعصبية

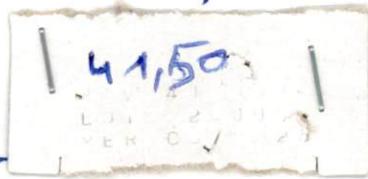
أستاذ بكلية الطب - الرباط

~~PHARMACIE SAHEL~~
Wine KARAKI Gnit'a
142, Bd Abdellah Boujrah Route d'Azemmour
Collège à la Gourma - Hay Hassani - Casablanca
Tel. : 05 22 65 81 23 - Fax : 05 22 65 81 38

21/06/23.

الرباط، في

Slam Saffi.



un pot de

2 ml

N° 9025

21/06/23

10

29,10

Nos de 4

5.4

1/4 - 0 - 1/2) 1.10

entier 1/4 - 0 - 3/4) 1.10

entier 1/4 - 0 - 1/2) 1.10

entier 1/4 - 0 - 1/4) 1.10

entier 0 - 0 - 1/4) 1.10

entier 0 - 0 - 1/4) 1.10

Traitemen de, Un mrs

Rendez-vous le : 23/06/23

Professeur
BOUCHIKHI Med
RABAT - 1010023

29,10