

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 : 501 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Royal Meday Sma. I

Date de naissance : 28.09.1961 / 178276

Adresse : 1301 61 ac wafa

Adresse : Derar

Tél. : 0668197673 Total des frais engagés : 340,40 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08.08.2023 / 143545

Nom et prénom du malade : BENDAAR HALIMA Age: 54

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC 1 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 : Derar Le : 08/08/2023

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
08.08.23	C2	01	200	<i>Docteur CHAUVET Anesthésiste-réanimateur N° : 09144345</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUR Département de Douala Wafaaf 05.22.53.20.54	20-03-2014	Fix : 05.22.53.20.54

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										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHAHBI Hilda
 Spécialiste en Anesthésie
 Réanimation
 Diplômée de la Faculté
 de médecine et de
 Pharmacie de Casablanca
 -Urgences cardiaques
 -Pulmonaires
 -Cérébrales
 -Diabète



Dr. Hilda CHAHBI

الدكتورة شهبي هلدا
 أخصائية في الإنعاش
 والتخدير
 خريجة كلية الطب
 والصيدلية بالدار البيضاء
 -مستعجلات القلب
 -الجهاز التنفسوي
 -الدماغ
 -السكري

Nom : Ben daj HALIMA.

Date : 08/08/23



تجزئة النايت عمارة 85 شقة 1 الطابق الأول الدروة الدار البيضاء

Lotissement Nait Immeuble 85 Appartement N°1 1^{er} étage Deroua Casablanca

Tél : 05 22 03 70 71 Email : hchahbi@yahoo.fr GSM : 06 68 99 40 99

LOT 230491
EXP 01 2026
PPV 107.60

LOT 230823
EXP 02 2026
PPV 107.60

LOT 230748
EXP 02 2027
PPV 31.80

LOT 213506
EXP 12 2025
PPV 31.30

31.30

LOT 220685
EXP 03 2026
PPV 31.30

LOT 230748
EXP 02 2027
PPV 31.30