

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.

M23-000557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10705**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HILAL SANAA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0664860909**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/07/2023**

Nom et prénom du malade : **Ma Oumia Ned Fakir** Age : **16 Ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Parodontie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

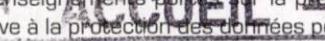


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
22/07/23 Els			250000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI HASSAN II 116, Bd Sidi Abdellah El Manzila Quartier Cuba Tél: 0522 20 44 23	22.7.23	85.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

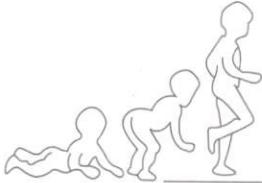
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

بخصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيقية)

Casablanca le

22/07/23

الدار البيضاء في

Machoui Natacha Talha

70.90

11- Losfenzid 1g ep

14.60 | 1 Cp x 21

21- Doli pram 1g Cp

1 Cp x 31 J -

31- Augutin 1g Sachets

1 S

85.5 092043769

PHARMACIE DE LA SOCIETE HASSAN II
116 Bd Soubra - Casablanca - Tel: 0522 20 44 23

5.V

PHARMACIE DE LA SOCIETE HASSAN II
116 Bd Soubra - Casablanca - Tel: 0522 20 44 23

Dr Khalid AMAR
Pédiatre
Casablanca - Tel: 0522 47 45 72
Dr Khalid AMAR
Pédiatre
Casablanca - Tel: 0522 47 45 72

شارع الزرقطوني الطابق الرابع (الرقم 12). قرب سوق السورود. الصالون البيضاوي
72, Bd Zerkouni, 4^{eme} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - Casablanca
Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : dr.amarkhalid.cabinet@gmail.com

