

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.

180398

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9461	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BELEMKADEM MED	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		06.60.37.10.90	Total des frais engagés :
		Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

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 :

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
20 AOUT 2023	CS	C3	3000 Dhs	DR ABDALLAH Praticien en Agro- Medecine Ort et Chirurgie Cervico-Faciale INPE : 091033514

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar at the bottom left and the second molar at the bottom right. A vertical line passes through the center of the arch. The teeth are numbered as follows: 8 (top left), 7 (top second), 6 (top third), 5 (top fourth), 4 (top fifth), 3 (bottom fifth), 2 (bottom fourth), 1 (bottom third), 2 (bottom second), 3 (bottom first), 4 (bottom fourth), 5 (bottom fifth), 6 (bottom sixth), 7 (bottom seventh), and 8 (bottom eighth). A small arrow points downwards from the center of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Redallah Larbi ABADA

PROFESSEUR EN ORL

Et chirurgie de cervico-faciale

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور رياض الله العربي

اختصاصي في جراحة الأنف والاذن والحنجرة

و جراحة العنق والوجه

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء

PPV :

30,00

LOT :

PER :

Casablanca, le

28 AOUT 2023

122400

1/ clavulin 1g

18x3/5 Pd/888

40,00 x 1

2/ Effigine 60

30/le flacon Pd/855

24,00 x 1

3/ Codoxyl

9/1x3/5 x 1 Si douleur

19/40 x 1

4/ R. h. t. h. yahar gtt

94x3/5

Pd/8105

5/ Detraus

8/10 x 1

TPA : Clinique RACHIDI 43, BD RACHIDI - CASABLANCA

Tél: Personnel : 06 61 23 51 70 - Assistante : 06 53 47 94 78

Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

PPU: 120,40 DH
LOT: 650797
PER: 08/24

PPU: 120,40 DH
LOT: 650797
PER: 08/24



PPU 400DH00
EXP 02/2026
LOT 2D011 15

25,00

LOT: GA20443
PER: 05/2024
PPU: 110 DH 00

1 : 435,6

Dr. ABADA Redallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Télé: 091033514

Email : abadaredallah@gmail.com

TPA : مصحة الراشدي 43، شارع الراشدي - الدار البيضاء

الهاتف الشخصي: 06 61 23 51 70 مساعد: 06 53 47 94 78

Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

مصحة : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

~~odds μ 20~~
 ~~$\sqrt{1+2/5} \text{ std}(\mu)$~~

