

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 048133

187361

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : E. TAHAL, MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. SAÏD MOSLIH
OMNIPRATICIEN
120 Rue My El Hassan Derb Omar
SEITAT-Tel: 06.08.11.50.00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2023

Nom et prénom du malade : E. TAHAL, MOHAMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 15 Prothèse dentaire

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.

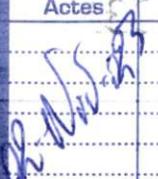
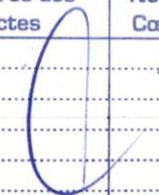
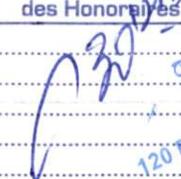
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
				   Dr. Said MOSBATI OMNIPRATICIEN 120 Rue My El Hassan Derb Omar SEJTAT-Tel: 06.08.11.50.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGIE ANCIAL 111 Oncologie & Pneumologie du Maroc ICE: 001611006000058 111, Bd Anoual Tél: 05 77 46 06 09 - GSM: 06 53 57 42 85	03.11.23	2x2+taxe	232,00

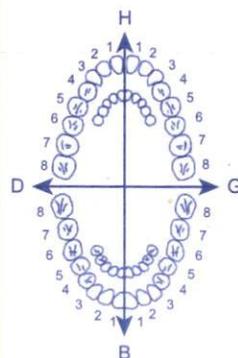
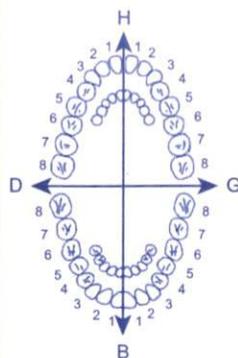
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <th colspan="2">B</th> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Said MOSLIH
Médecine Générale

الدكتور سعيد مصلىح
الطب العام

120 ,Rue Molay El Hassan
Derb Omar - Settât -
Tél : 06.08.11.50.00

120, زنقة مولاي الحسن
درب عمر - سطات -
الهاتف : 06.08.11.50.00

Settât, le : 02. Nov. 2013 : سطات في

Dr. Said Moslih
Prismed Stora de T. P. P.

الدكتور سعيد مصلىح
Dr. Said MOSLIH
OMNIPRATICIEN
120 Rue My El Hassan Derb Omar
SETTAT-Tel: 06.08.11.50.00

FACTURE

N° de l'admission : 23009420 N° Facture : 23009237 Date facturation : 04/11/2023

Nom et prénom du patient : MOHAMED ETTAHALI

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 03/11/2023 Sortie: 04/11/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX POIGNET F/P			185.60
		Sous-Total	185.60
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR EL GHAZI MOHAMED			46.40
		Sous-Total	46.40

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR EL GHAZI MOHAMED	10	46.40	4.64
		Sous-Total	4.64

arrêtée la présente facture à la somme de :	
Deux cent trente deux dirhams	
	Total : 232.00
	Part patient 232.00

Notre compte bancaire :

Adhérent
Mle
PC N°

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - 06 63 57 42 60

Casablanca, le 03 Novembre 2023

MR. ETTAHALI MOHAMED

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU POIGNET DROIT FACE ET PROFIL

- Absence d'anomalie de la texture osseuse.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique.
- Respect des corticales osseuses et des os du carpe.
- Respect des interlignes articulaires explorés.
- Absence d'anomalie notable des parties molles.

DR. EL GHAZI MOHAMED

DR. EL GHAZI MOHAMED
Médecin spécialiste en Radiologie
Diagnostic et Interventionnelle