

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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- 0023176

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319

Société :

AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

REZKI BILAL

Date de naissance :

17-06-41

Adresse :

3 RUE 3 HAY CHEM S

CASABLANCA

Tél. 06 70 26 111

Total des frais engagés : 290,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Abdelghani ABOUSSAFA
Médecin Généraliste

Date de consultation :

02/07/2024

Nom et prénom du malade :

Hakiri ESSAD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALC

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 : CASABLANCA

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
02/01/24	-	-	0	 INR 041135351

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hachem El Hage	02/01/84	290,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

ÉLÈVE 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											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins												
			Date du devis												
			Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

A

le

02/01/24

Mr.

Hadi Ri ESSAMIA

PPV 85DH80
LOT 2N019 1
EXP 03/2025

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
6 118000 0600062

LGT 220195
EXP 09/2024
PPV 99.00DH

SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V : 55DH40
6 118000 0600857



85,80

f. Roxar. S. V.

2 gal 25

flagyl 800

99,00

~ 39

55,40

elief 20

990,00

180 17



24

Sufan S. V.

2x 25

جعيلدة بوعاصي
صيادلة بوعاصي
PHARMACIE EL M'ARAT
DÉPARTEMENT DE LA SANTE
DU MAROC
DÉLÉGATION PROVINCIALE
DE LA SANTE REGION DE CASABLANCA
DÉLÉGATION PROVINCIALE NOUACEUR

