

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Souscriptions 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 7312 Société : Ag 0831

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA HAIAH

Date de naissance : 1918

Adresse : HAY WATIFIQUE Rue RIAFAN N° 63

Berrechid

Tél. 060 67 97 2 Total des frais engagés : 746,60.Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. N. LATIF IDRISI

TRAUMATO ORTHOPEDIST

15, Boulevard Massira Al Kobra

Tel 05 22 25 23 25 / 05 22 25 16

Date de consultation : 26/12/2023

Nom et prénom du malade : HAIAH MOUSSA Age :

Lien de parenté : M Même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : courant

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 : 16 JAN 2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie WAFIQ <i>Dr. RAMZI Tarik</i> <i>Lottissement Wafiq Lot N°363</i> <i>Tél.: 0522 32 72 79</i>	26/12/23	146,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIARIES MEDICALS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

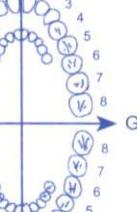
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

	<p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p>
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>DATE DU DEVIS</p>
<p>*</p>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>
<p>*</p>		<p>*</p>
<p>*</p>		<p>*</p>
<p>*</p>		<p>*</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique



الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

احية العظام والمقاصيل

طب بنانت

دكتور جراح مستشفى بنانت

عضو - الهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمقاصيل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) : السيد (ة) :

PPV 160H60
PER 09/26
LT M3237-1

HF8913
06/2028
P.P.V:37DH70

LOT/EX:
HA0216
02/2028
P.P.V:37DH70

54,60

Pharmacie NAFI
Dr. Amzzi Tarik
Loussemment Waïlak Lot N°36
Tél.: 0522 32 72 29
Pharmacie WAÏLAK
Dr. Amzzi Tarik
Loussemment Waïlak Lot N°36
Tél.: 0522 32 72 19
Pharmacie WAÏLAK
Dr. Amzzi Tarik
Loussemment Waïlak Lot N°36
Tél.: 0522 32 72 19