

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.
- 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 :	0851	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		G.HERRAS Abdelmajid	
Date de naissance :		11.05.1951	13/09/88
Adresse :		Habilielle	
Tél. :		1615804322	Total des frais engagés : 705,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	19/12/2019	Age :	72
Nom et prénom du malade :	G.HERRAS Abdelmajid		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	lolo		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 19/12/2019

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
19/12/23	88	1		DR. DR. DENTISTE Dentiste Chirurgien ATL Tél: 091168534 N°PE: 091168534

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AZUR LABO 54, Rue Sallim Cherkaoui Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 20 52 25 - Fax: 05 22 20 50 82	20/12/23					705,00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

19.12.2023.

Cœlio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

Dr : GHERRAS . ABDELMAJID.

10 - portée coloplaste.

5 - support de.

1 - patte coloplast.

1 - coquille sonde.

POLYCLINIQUE ATLAS_{ANFA}
Oncologie & Diagnostic du Maroc

AZUR LAB
0,50€
Société Salm Chabatoui
Quartier des Hôpitaux Casablanca
Tél: 05 22 20 52 25 Fax: 05 22 20 56 89

DR. RADHI AMINE
Chirurgien
Polyclinique ATLAS
Tél: 05 22 27 94 94
INPE: 05 22 27 94 94

FACTURE N° : 2023/1228

Adresse à		Date :	20/12/2023
Nom	GHERRAS ABDELMAJID		
Adresse	CASABLANCA		
ICE		ATN :	
Téléphone			

Qté	Description	P. U. TTC	P.T. TTC
10	POCHE COLOPLAST 70	30,00	300,00
5	SUPPORT 70	40,00	200,00
1	PATE COLOPLAST	160,00	160,00
1	EOSINE 50ML	25,00	25,00
1	COMPRESSE STERIL 40X40 RR	20,00	20,00
			TOTAL TTC
			705,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT CINQ DIRHAMS T.T.C.

AZUR LABO
54, Rue Salim Cherkaoui
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 20 52 25 - Fax: 05 22 20 50 89

Siège

SARL De 500 000 00 Dh - RC : 60833
Patente N° : 34022996 - T.V.A : 732338
IF : 02200944 - ICE: 000084433000003
52 BD de Fès El Haddaouia 3, Ain Chok
Casablanca . Tél : 05 22 21 55 05

Show room

Patente N° : 36337363 -T.V.A : 732338
IF : 2200944 - RC : 60833
54 Rue Salim Cherkaoui
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 52 25 / Fax : 05 22 20 50 89
E-mail : laboazur@hotmail.fr