

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.

M23-0022535

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10111 Société : BAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAAD

Date de naissance : 21/03/1973

Adresse : Quartier Allal Ben Abdellah

Tél. : 0661063415

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / / Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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
25/12/2024		8	6	Dr. S. KHALIL BENJELLOUN Gastro - Entérologie Médico - Chirurgie 1802

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMONIE PHARMACEUTIQUE</i> <i>05/01/2024</i> <i>A</i>	09/01/24	28000
	09/01/24	279,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows the 12th edition of the International System of Numbered Teeth (ISO 3950). It consists of four quadrants (U, I, M, D) arranged in a cross. Each quadrant contains numbered circles representing teeth. The numbers are arranged as follows: U (Upper): 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; I (Incisor): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; M (Molar): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; D (Lower): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The numbers are placed inside circles, and the circles are interconnected by lines representing the dental arches.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VIE ET CASQUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

05/11/2024

ن^o BOUREMAS
NAOUAR

1/ FORTRANNS (x 2) 14290
284000 mg - 1000 mg à l'heure du
2 litres 1/2
bois 400 ml = 4 litres
la veille 1.732 → 220
2 litres à l'heure du 1.5 litre
1er le je de l'heure
de 6h à 10h

SV

~~PHARMACIE INTERNATIONALE
DOCTEUR HASSAN BEN JELLOUN
05 22 404 467
05 22 404 467
05 22 404 467~~

Hôpital Dr. Nabil Khalifaoui Zaid
Dr. Nabil BEN JELLOUN
Hépato-Gastro - Entérologue
Proctologie Médico - Chirurgicale

INPE 11116202