

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

- 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 : 02602

Société : RPM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUFZIL Miss

Date de naissance : 30/04/1953

Adresse : H 262 COT EL ouafa

DECOUSS

Tél. : 06 9852 2818

DR. BELAKSIR LAMYA 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2013

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : 67

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

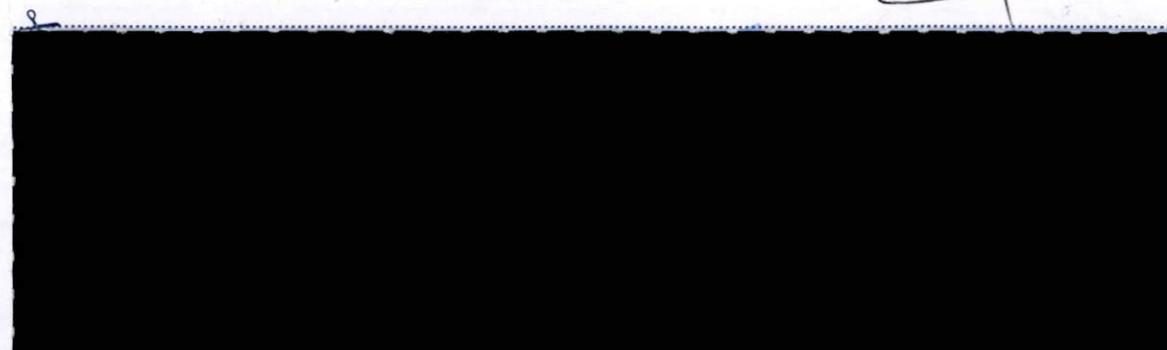
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/12/2013



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
05/12/2023	PHP	2200 D		 Dr. BELAKSIR LAMPA Radiologue 62, 1er étage Bd Grande Cinture Hay Manahmou - Lasallane Tel. 03 22 02 88 72 - GSM : 06 60 83 82 39

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

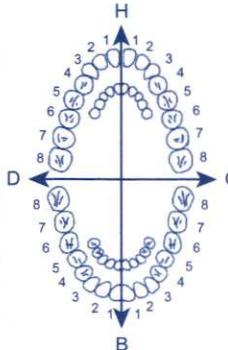
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

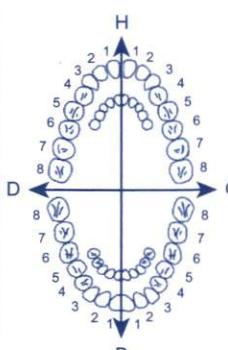
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	D



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	D

[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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Rhumatologue

Maladies des os & articulations
 Pathologies de la colonne vertébrale
 Ostéoporose
 Échographie ostéo-articulaire
 Biothérapie
 Plasma riche en plaquettes

**أخصائية أمراض الروماتيزم**

العظام و المفاصل
 أمراض العمود الفقري
 هشاشة العظام
 الفحص بالصدى المفاسد و الأدوات
 العلاج بالأدوية البيولوجية
 التداوي بالدم

Relevé des prestations

N° 0/0/100676536855

Dr. BELAKSIR LAMYA
 الدكتورة لمياء بلقشير
 Rhumatologue
 N° 263, 1er étage Bd Grande Ceinture
 Al Hay Mohammadi - Casablanca
 Tél. 05 22 62 86 72 - Gsm : 06 60 83 82 39
 05/12/2024

Nom patient : MME LAFIF SAADIA

N° de patente : 26076526

Injection INTRA CARTILAGINEUSE de plasma riche en plaquette :

Prix : 2200DHS

Dr. BELAKSIR LAMYA
 الدكتورة لمياء بلقشير
 Rhumatologue
 N° 263, 1er étage Bd Grande Ceinture
 Al Hay Mohammadi - Casablanca
 Tél. 05 22 62 86 72 - Gsm : 06 60 83 82 39

DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS.