

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.

M23-004531

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8512 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KOUREN mohamed

Date de naissance :

1950

Adresse :

Casab

Tél. : 0661414151

Total des frais engagés : 326,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur LAKHSSASSI Ali
Médecine Générale-Echographie
Bouknadel - Centre
Tél : 05 37 82 20 05

Date de consultation : 09/01/2024

Nom et prénom du malade : M2 KOUEN MOBAUD Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : colite a maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23 FEV. 2024

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 : Casab Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 23 FEV. 2024

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
09/01/2021. C	C.	180,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WIDAD'S PHARMACIE ot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib Sinaceur Casablanca - Anfa Tél: 0522.94.20.29	09/01/24	226,70

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

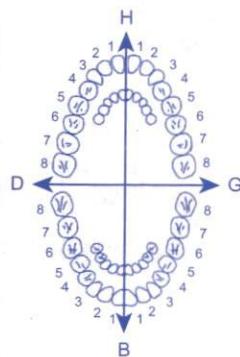
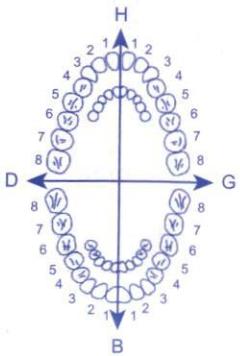
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	D 00000000	B 35533411	G 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LAKHSSASSI Ali

Médecine Générale

Echographie



الدكتور الخصوصي علي

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافي

Bouknadel, le 09 JAN. 2024 بوقنادل، في

Nom : M^{me} 12014

Prénom : Ouat

63,30

- Ballon CQ

S.V

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V : 45DH00
LOT : 23E002
PER : 01/2026

O

6 118000 061816

45,00 1 - 1 - 2 Aps - Reps

- No Spa 80

S.V

LOT : 230333
DLUO : 04/2026
63,30DH

74,80 1 - 0 - 1 Aci et Reps

- Spectrum 800 mg

S.V

74,80

56,60 1 - 0 - 1 Ap - Reps

- Stilnox 10 mg

S.V

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 23E004
PER : 07/2027

O

6 118000 061465

226,40

WIDAD'S PHARMACIE
Lot. M'Zouka N°27 Avenue Habib
Sinaceur Casablanca - Anfa
Tél. 0522 04 20 20

Docteur LAKHSSASSI Ali
Médecine Générale-Echographie
Bouknadel - Centre
Tél : 05 37 82 20 05

بوقنادل المركز - الهاتف : Tél. : 0537 82 20 05