

RÉCOMMANDATIONS 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

192840

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5213

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADSI EL IDRISI Sidi

Date de naissance :

Adresse : Residence SIDI EL IDRISI RD HACHMI EL FAKHRI
CALIFORNIE ALB MAROC

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2014

Nom et prénom du malade : M. SADI EL IDRISI SIDI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alcool

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 : 05/03/2014

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
19/10/2014	CH	1	20000	DR. J. B. MUSSET Médecin-Échographiste Logie Médicale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MAJOREL Cooperative Sofeca I, N° 14 Ouled Taleb, Calimene Casablanca - Tel. 05-22.00.443	18/02/29	304.00

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
		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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU CŒFFICIENT		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are defined by a horizontal axis (D-G) and a vertical axis (H-B). The teeth are numbered as follows: Top row (maxillary): 1, 2, 1, 2; Second row: 3, 4, 3, 4; Third row: 5, 6, 5, 6; Fourth row: 7, 8, 7, 8; Fifth row: 8, 9, 8, 9; Sixth row: 7, 6, 7, 6; Seventh row: 6, 5, 6, 5; Eighth row: 5, 4, 5, 4; Ninth row: 4, 3, 4, 3; Bottom row (mandibular): 3, 2, 1, 2, 3. The vertical axis points from H at the top to B at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Amal BOUSSOF

الدكتورة أمل بوصف

Médecine Générale

الطب العام

**Diplômée en Échographie
Nutrition-Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale**

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)

التغدية . الحمية (ريجيم)

طب النساء

ORDONNANCE

Casablanca, le: 19/04/2024 الدار البيضاء، في

m^{rs} SABSI EL IDRISI

Sai -

168,20

Augment la

PPV: 168,20 DH
LOT: 652735
PER: 05/25

18 a 21 MA سوجي 30,50

30,50

Med. @pec

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

63,95

1 Cui S a E T

BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20
PPC : 69,00

Ut Av | Lot :
02/25 | 2056/5

IPHADERM



3 760049 895285

Poids net : Net weight : الوزن الصافي : 90g



06 09 28 25 06 / 05 22 87 27 74 - الشقة 2 - حي منظرونا - الدار البيضاء - الهاتف : 27 74

806 ، شارع القدس - الطابق الأول - الشقة 2 - حي منظرونا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 87 27 74 / 06 09 28 25 06

806, Bd El Qods - 1er Etage - Appt 2 - Hay Mandarouna - Ain Chock - Tél. : 05 22 87 27 74 / 06 09 28 25 06

~~meilleur~~ ~~SV~~

18.80x2 Lam P Imo
30u/2ml le odmo's

PHARMACIE MAJORELLE
Coopérative Sofaca 1, N° 14
Ouled Taleb, Casablanca
Tél: 05 22 87 21 43



Dr. Amal BOUSSOUF
Medecine Generale - Echographie
Gynecologie Medcale
Tel: 05 22 87 27 74 - 609 23 25 06