

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |



Déclaration de Maladie

N° W21-819185

203599

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9567

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAZMANE NAZIL

Date de naissance : 11-01-70

Adresse : 235 bv yaacoub el mousaoui

ville : 15

Tél. : 0653250588

Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABADA Redaallah Lai
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE : 091033514

Date de consultation : 18 AVR. 2024

Nom et prénom du malade : KAZMANE NAZIL

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

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 : 18/04/24

ACCUEIL

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
11 AVR. 2024	C 5	C 3	2000 DHS	INP : 091033114 

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 Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																										
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
INP : <input type="text"/>																																																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B																																		
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																															
	H	G																																														
	25533412 00000000	21433552 00000000																																														
	D																																															
	00000000 35533411	00000000 11433553																																														
	B																																															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																															
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																															

Dr. Redallah Larbi ABADA
PROFESSEUR EN ORL
Et chirurgie de cervico-faciale
Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور رياض ربيبي
اختصاصي في جراحة الأنف والأذن والحنجرة
وجريدة العنق والوجه
أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء.

Casablanca, le 18 AVR. 2024

Note d'hospitalisation:

Kazmane Ghali

Consultation d'ORL C₃ = 200 DHS

Dr. ABADA Redallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPL: 091033514

TPA : Clinique RACHIDI 43, BD RACHIDI - CASABLANCA
Tél: Personnel : 06 61 23 51 70 - Assistante : 06 53 47 94 78
Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

TPA : مصحة الراشدي 43، شارع الراشدي - الدار البيضاء
الهاتف الشخصي: 06 61 23 51 70 مساعد 06 53 47 94 78
مصلحة : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Email : abadaredallah@gmail.com