

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

9512

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015584

Maladie

Dentaire

Optique

Au

CA

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 30145

Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : BELLAH AOUA ABDEL Date de naissance : 13/12/88

Adresse :

Tél. : 0662 76 1493 Total des frais engagés : 652,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2019

Nom et prénom du malade : YOUSSEF BEN YOUSSEF

Age : 19

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Engrain

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CSA

Le : / /

Signature de l'adhérent[e] :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
Actes	Actes	Actes	Actes	Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULHAKEM P.N° 5 Bis Deroua 05.22.03.43.72	13/11/19	Tel : 05.22.03.43.72 BLOC P.N° 5 Bis Deroua 152 PHARMACIE OULHAKEM

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
	DENTS TRAITÉES 44 <i>la 2nd mol</i> 2-3	NATURE DES SOINS <i>la 2nd mol</i>	COEFFICIENT <i>D₃-D₂</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<i>D₃-D₂</i>																
				MONTANTS DES SOINS																
				<i>Sous h</i>																
				DEBUT D'EXÉCUTION																
				<i>12-11-15</i>																
				FIN D'EXÉCUTION																
				<i>13-11-15</i>																
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000																		
G	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXÉCUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

الدكتورة ربيعة السعدي
DOCTEUR RÀBIA SAADI

علاج و تقويم اعوجاج الأسنان
ORTHODONTIE & SOINS

الدروة، في ١٥ - ١٣ - ١١ Deroua, le

June 14th - 1968

34,60x2

Q. Amaril Sos →



→ f u = j rsh g_j

18,20

e. Parental history



Ch 4p 3-1

64,50

③ ~~km~~

15,2 km
PHARMACIE HAKEM
Bloc P N° 5 Bis Dernier
Tél : 05.22.03.43.72

بلوك "P" رقم 5، الطابق الثاني - الدروة
Bloc "P" N° 5, 2^e étage - Deroua - Tél. : 05 22 53 23 11

KIN
Gingival

Lote / Batch: 18C55
 Exp.: 10-2021



8 470003 731591



PPV: 34,60 DH
LOT: 612767
PER: 03/21

AMOXIL 500mg
12 comprimés dispersibles



PPV: 34,60 DH
LOT: 614195
PER: 03/21

AMOXIL 500

161: 02.35.33.4.3.15
BLOQUEUR DE L'ACIDE OXYHYDRIQUE
Filtre à huile de sésame

facture Dentaire



DR SAADI RABIA

Chirurgien Dentiste

Telephone +212 5 22 53 23 11 Fax : +212 5 22 53 23 11 Email : Dentalpro360@gmail.com

Date : 13/11/2019	Nom Du Patient : Yakini atika	Numéro du Facture 231
----------------------	----------------------------------	--------------------------

Numéro de dent(s)	Acte	Nº de (D)	Prix
44	Rx + extractin	D3+D10	500DH

Prix Total	500 DH
-------------------	---------------

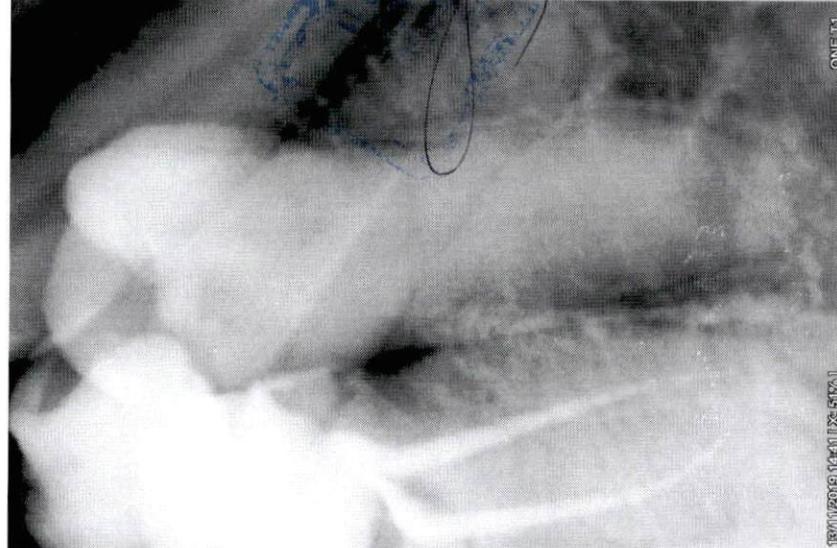
Arrêtée la présente facture a sept cent dirhams .



Création 13/11/2019
13/11/2019 - 44 -

YAKINI Atika

Impression 13/11/2019
Lin.



Dr Saadi Rabia; Dr Saadi Rabia
Bloc P N 5 Etage N 1 Deroua; 0522532311