

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Thérapie :

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

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

IS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

CR

■ Déclaration de Maladie : N° S19-0001966

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1176 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAYAT AOU

Date de naissance :

24/05/75

Adresse :

Tél. : 27.15

Total des frais engagés : 303.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENNOUNA Abdellah
253, Av. Abachouaib Doukkali
Hay El Farah CASABLANCA

19 OCT 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ASMA KHAYAT Age : 24

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

16 OCT. 2019

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 : CR Le : 10.10.19

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
9 OCT 2019	C		120	Signature and stamp: Dr. Farah CASABLANCA, Dentiste, Casablanca, Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARACIE OUARANIA Abou Chouaini DOUKKAL TEL: 05 22 82 93 56	5/10/19	183,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	G
D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Docteur BENNOUNA A.

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

MÉDECINE GÉNÉRALE

DIPLÔME DE MEDECINE DU TRAVAIL

253, AV ABACHOUAIB DOUKALI

HAY EL FARAH - CASABLANCA

TELEPHONE : Cabinet : 05 22 81 50 82

الدكتور بنونة عبد الحميد

كلية الطب ببنانسي

الطب العام

حائز على شهادة طب الشغل

شارع أبي شعيب الدكالي رقم 253

حي الفراح - الدرالبيضاء

الهاتف : العيادة : 05 22 81 50 82

9/10/2019

L 3 T 10000
P = 2 000000
PPV 500000
53,30

Asym - lemyel

(330)

+ 200 Tolifer 500000
200 mg le 500 mg



1750

theostel 500000
le 500 mg



2950
3) tri suin 500000
reac 200 mg



PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

29500

70,50

PHARMACEUTIQUE D'OUANIA
N 433 BE ABACHOUAIB DOUKALI
HAY EL Farah casablanca
Tél 05 22 82 93 56

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

29500

273

3

2

