

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

196512

M23- N° 0044078

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1675 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

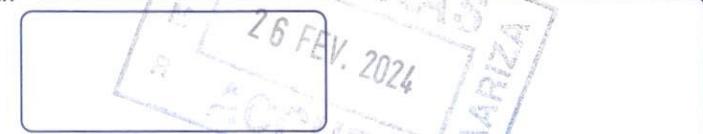
Adresse :

Tél. : 06.61.69.46.68

Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CAPSABRAK

Le : 03/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : SCALLY

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
INÉ VITAE PHYSIOTHERAPIE Mr. Mohammed NASSIR Rue Jbel Aroui, Casablanca Tél: 05 22 944 964 INPE: 065037764	03/08/2024	20	AM x 15 =	3000.00 Dhs.		

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
				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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le :

08/01/26

Ulcus ulceris

Je veux parler des.
Scatty dots on male
the outside edges are tender
it is often very sensitive
from calcaneus; It is
the afternoon it all healed
long time. → M. Hand.

Dr. Soumaya SAATTI
Médecin Générale
355, Bd Zerktouni - Bourgogne
2^{ème} Etage - Casablanca
Tél: 05 22 27 13 00

Nom et prénom : Mme Scally Fatima ezzahra

Diagnostic : Rééducation Du Genou

Nombre de séances : 15

Date début du traitement : 19/01/2024

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. Le19/01/2024 | : 1ème séance |
| 2. Le22/01/2024 | : 2ème séance |
| 3. Le24/01/2024 | : 3 ème séance |
| 4. Le26/01/2024 | : 4ème séance |
| 5. Le29/01/2024 | : 5ème séance |
| 6. Le31/01/2024 | : 6ème séance |
| 7. Le02/02/2024 | : 7ème séance |
| 8. Le05/02/2024 | : 8ème séance |
| 9. Le07/02/2024 | : 9ème séance |
| 10. Le09/02/2024 | : 10ème séance |
| 11. Le12/02/2024 | :11ème séance |
| 12. Le14/02/2024 | : 12ème séance |
| 13. Le16/02/2024 | : 13ème séance |
| 14 Le19/02/2024 | : 14ème séance |
| 15 Le 21/02/2024 | : 15 eme séance |

Casablanca le : 21/02/2024



Facture N° :071/24

- Prénom & Nom : Mme Scally Fatima ezzahra
- Diagnostic : Rééducation du genou
- Médecin traitant : Dr Saati Soumya
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 15
- Date début du traitement : 19/01/2024
- Montant total des honoraires : 3000 Dhs
- Arrêter la présente facture à la somme de : Trois Mille Dirhams

Casablanca le : 21/02/2024