

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

M23-004054

199024

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

B 4151

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKDOUR Brahim

Date de naissance :

11/1949

Adresse :

CASA

Tél. : 06.63.47.18.51

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

9 / 3 / 24

Nom et prénom du malade :

BOUKDOUR Brahim

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Spécialité du personnel

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 :

CASA

Le : 19 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

BOUKDOUR Brahim

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 02 24	C3		G	Professeur EL KHATTABI W. Pneumologue - Allergologue INPE 091035253

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DISTANED SANTE SERVICO CLINIQUE CASABLANCA Z 28, RUE DU Languedoc CASABLANCA 20366 + 2125 25 25 37 37	08/03/96	Examen	PSG			9520 Dhs

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

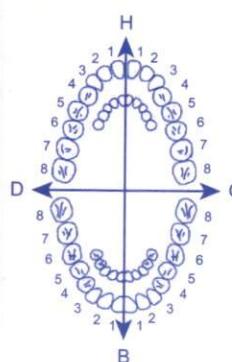
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

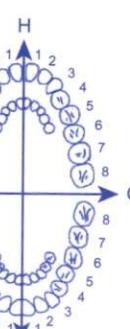
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table>  <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
<hr/>																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MME BOUKDOUR RACHIDA
 Casablanca
 Maroc

ICE:..

Facture FAC/2024/03/0015

Date de la facture :
 07/03/2024

Date d'échéance :
 07/03/2024

Origine :
 20242283

Description	Quantité	Prix unitaire	Taxes	Montant
EXAMEN POLYSOMNOGRAPHIE	1.00 Unité(s)	2 083.33	TVA 20% VENTES	2 083.33 DH
ELECTRODES TOP TRACE ST 30 RFI POUR TEST STRESS ENF	13.00 Unité(s)	0.00	TVA 20% VENTES	0.00 DH
LUNETTE A OX2 PVC+TUYAU 2M ADULTE	1.00 Unité(s)	0.00	TVA 20% VENTES	0.00 DH
Sous-total				2 083.33 DH
TVA 20%				416.67 DH
Total				2 500.00 DH
Payé le 07/03/2024				2 500.00 DH
Montant dû				0.00 DH

Article	Quantité	SN/LN
[4420131] ELECTRODES TOP TRACE ST 30 RFI POUR TEST STRESS ENF	13.00	011305S3
	Unité(s)	
[60012-A] LUNETTE A OX2 PVC+TUYAU 2M ADULTE	1.00	23105
	Unité(s)	



Merci d'utiliser la communication suivante pour votre paiement: **FAC/2024/03/0015**

Arrêter la facture à la somme de: Deux Mille Cinq Cents Dirham



ORDONNANCE

le 19/07/24

Mme Bou Kdar Nacida



Sphos en oblique de
torsement → A pronation cintrée

AB (bruxisme aux altérations épisodiques
de orthèse) / pré de pez.

→ polyarthrite synoviale

