

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <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.

Matricule : *1063* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *RETILI ABDELHAMID*

Date de naissance : *07-01-1950*

Adresse : *LOT COMMUNAL BLOC II N° 112 CASABLANCA HAY-HASSANI*

Tél. : *06 16 08 71 69* Total des frais engagés : *1302,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *17/03/2024*

Nom et prénom du malade : *Zemamni Yamine* Age : *1955*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affection récente*

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 : *CASABLANCA* Le : *17/03/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *R. BOUZACHANE*



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
17/01/2016	CS		Gratuit	Sofia RODRIGUEZ Centre de dialyse 13/03/2016

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Vois d'aménagement H.H 27 N°H Hay Laymoun, Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 938 674 - GSM: 0693 676 000 TCE: 00 55 1566 6000078 Date: 05-02-2019	17/02/84	328,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

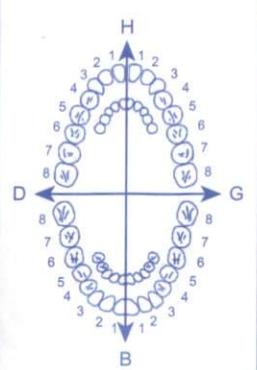
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
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'EXECUTION

Casablanca le:

MF/02/24

Zenassi Yamine 7

74,80

1) SEPCEN 500

S.V

Lot: 405323038
PER: 08/2024
PPV: 74,80 DH

228,00

$\frac{1}{2} - 0 - \frac{1}{2} \times 10j$

74,80 GED

2) Fer Med

S.V

Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml
6 118001 360031
P.P.V: 228,00DH

302,80

PHARMACIE TILILA
Vois d'aménagement H.H 27 N°H
Hay Laymoun Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 938 684 GSM: 0693 626 000
ICE: 001777538000037 INPE: 090061656

Dr. Sofia BOUGRINE
Centre de Dialyse Al Hanaa
10, Rue Sigelmassa Hay El hanaa - Casablanca
Tél: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhcасабланка@gmail.com
ICE: 001777538000037 IF: 14499817 CNSS: 9807796 INPE: 090061656