

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

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

Nº W19-430918

SN

ND: 32618

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8052

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BNY Amal.

Date de naissance : 1965

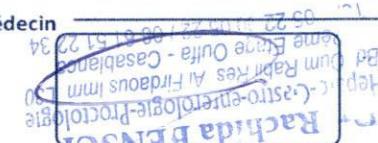
Adresse : Casab - Anfa.

Tél. : 2385

Total des frais engagés : 720+300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/2020

Nom et prénom du malade : JAKIN Salma

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles digestifs

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.

10/07/2020

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.

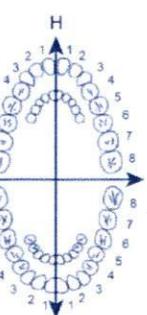
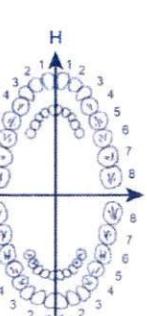
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/07/2020	720,00

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	INP : 														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
					MONTANTS DES SOINS 														
					DEBUT D'EXECUTION 														
					FIN D'EXECUTION 														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	B																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX 																	
		MONTANTS DES SOINS 																	
		DATE DU DEVIS 																	
		DATE DE L'EXECUTION 																	

Hépato - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)

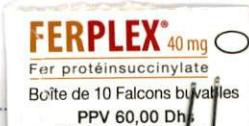


اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

Casablanca, le :

60.00×12
 $\cancel{120.00}$

Ferplex dm
1dr + 1



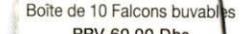
6 118001 440016



6 118001 440016



6 118001 440016



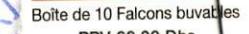
6 118001 440016



6 118001 440016



6 118001 440016



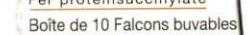
6 118001 440016



6 118001 440016



6 118001 440016



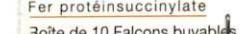
6 118001 440016



6 118001 440016



6 118001 440016



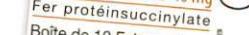
6 118001 440016



6 118001 440016



6 118001 440016



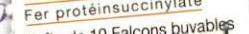
6 118001 440016



6 118001 440016



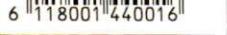
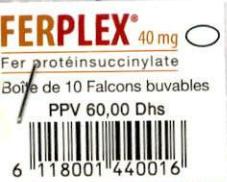
6 118001 440016



6 118001 440016



6 118001 440016



Dr. Rachida BENSCRI
Hôpital Al Firdaus
Bd Oum Rabii Rés. Al Firdaus, Imm L30 - 2ème Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

I. Oum Rabii Rés. Al Firdaus, Imm L30 - 2ème Étage - Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34