

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011337

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

CA

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *13234* Société : *RAN*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

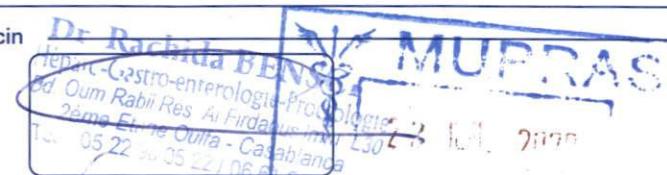
Nom & Prénom : *FATIMI ZAHRA* Date de naissance : *7/11/1992*

Adresse : *Av. J. B. Hali El Oufir RSS Manjidz Al Mafarif Ext*

Tél. : *06 753 609 67* Total des frais engagés : *20,90* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *06/07/2020*

Nom et prénom du malade : *FATIMI ZAHRA* Age : *28*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Problème digestif*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

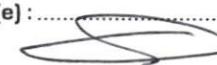
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *Caser*

Le : *23/07/2020*

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
06/07/2022	(CS)		300 DHS	Dr. Hafida BENSAÏD Urgastro-entérologie-Proctologie 10, Avenue Rabih Nasr, Al Firdaous, 1000 Tunis, Tunisie Téléphone: 098 22 30 25 - 22 30 56 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Madame BARTAL FATIMA Pharmacie Acharaf Rue Sociale - Maârif Casablanca - Tel : 0522 25 22 09</p>	<p>06/07/2 6/07/2</p>	<p>Montant de la Facture Rue Sociale - Maârif Casablanca - Tel : 0522 25 22 09</p> <p>58,40 262,30</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth with numerical labels (1 through 8) on each tooth. The arch is oriented with a vertical axis and directional markers: D (left), G (right), H (top), and B (bottom). The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left (D) and the second molar on the right (G). The labels 1 through 8 are placed on the teeth to indicate specific points of interest or treatment planning.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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



الاختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

Aut

14.150

14.150

14.150

الدكتورة رشيدة بن سكري Dr. Rachida BENSCRI

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



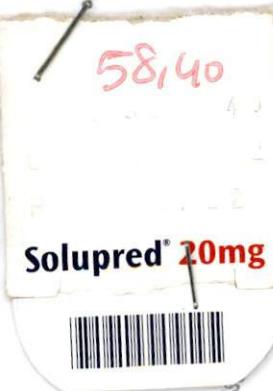
اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

Dr. Rachida BENSCRI
Hépato-Gastro-Enterologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm L30
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Casablanca, le :

06/02/2012
R.S.

Mme = FATIMA
S 81 S Solupred v20
58,40 8 v 140
mardi



Dr. Rachida BENSCRI
Hépato-Gastro-Enterologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm L30
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34



PPV
34DH00



PPV
34DH00



LOT: 13619005
PER: 10/2022
PU: 38,00 DH



LOT: 13619005
PER: 10/2022
PU: 38,00 DH



LOT: 13619005
PER: 10/2022
PU: 38,00 DH