

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.

Diologie 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.

Thérapeutique :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique *ND 37199* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1167** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **EL KHAOUY MOHAMED**

Date de naissance : **1952**

Adresse : **habitat**

Tél. : **06 62 39 12 02** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/07/2020**

Nom et prénom du malade : **D. EL KHOUY Moh** Age : **68**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Genou droit**

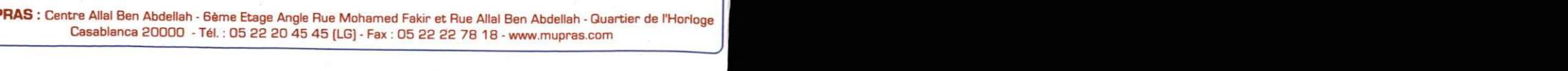
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Chute**

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 : **19/07/2020** Le : **19/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**



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
10.08.20	Ca		30000	<i>10.08.2020 - Dr. Azzoni</i>
10.08.20	af. elect		20000	<i>10.08.2020 - Dr. Azzoni</i> Traumatologie 11, Rue Adolphe Max 02200 LILLE - TEL 022 35 35 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BENEJELLOUN Docteur 94 Bd Mly Diss 0322 86 23 99 Fax: 0322 86 62 25	18/08/2022	140,92

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

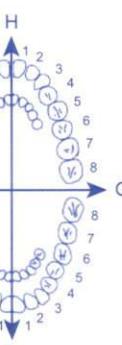
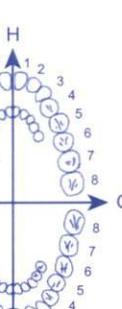
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

18.08.20

الدان المضاعف

الدار البيضاء..... Casablanca, le 10.06.2010. Mr. Elkhou Doham

37.70

- Depuis 80

2033

20.30 - μ do phases, 28

12

3130 - Zyklon 100%
- 100%

13 1.3

13.40 - Gekl. 1/2

Page

38.e - Dif. of trees

140.90 1-11 ~~Feb 27/01~~

LOT/EXP

DR1429
11/2024
P.P.V:37DH70

LOT : 5214
T.AV : 09-24
V : 20 DH 30

Exp :
PPV :
N° LOT :

Dr. BULAWYL Abdellaziz
Traumat.-Orthopédiste
81 RUE AYOUB ALI AL AZZOUI
CASA - Tél: 022 38 38 86

اقامة مربا ٨١، زنقة أبي العلاء، الزهر (أمام كلية طب الأسنان) الدار البيضاء.

Residence Maria 81, Rue Abou El Alaa , Azzahr (ex. Rue Vésale, en face de la faculté Dentaire)
Tél : 022.86.33.86 - GSM : 063.44.56.74 - Casablanca