

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-438470

A 3368

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5578	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUAFIAF ZAHRA			
Date de naissance : 25/03/1962			
Adresse : 116 RUE AL AOUFTOUNI, APT 7 Bld Al Aouf Jour - CASA PLAMCA			
Tél. : 05 22 20 45 45	Total des frais engagés : 819,30	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr ALAOUIF Youssef O. R. L. 34, Bd. Zerkouni - CASA Tel. 27.26.92 - 27.28.00 </div>			
Date de consultation : 11 OCT. 2022			
Nom et prénom du malade : BOUAFIAF ZAHRA			
Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Muthar			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/10/2022

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
11 OCT. 2022	Cur		300,00	INP : 0911006998 Dr ALAOUI F. Youssef O.R. L. 34, Bd Zektaoui - CASA Tél 27.26.92 - 27.28.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الكاف Mme CHAOUI SAMIRA Rue Al Oukhouane Beauséjour Casablanca Tél 05 22 39 59 71	11/10/2022 11/10/2022	400,80 + 119,10 519,90

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

Décret et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Casablanca</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Docteur ALAOUI F.

SPECIALISTE

Nez - Gorge - Oreil

CHIRURGIE CERVICO-

EXPERT ASSERMMENTTE PR

DES TRIBUNAUX

34, Bd Zerkouni (Angle Rue Aga
CASABLANCA

Téléphone 05 22 27 26 92

05 22 27 28 00

Sur Rendez-vous

Lot: 220102
À consommer
avant le: 03/2025
PPC: 79,50 DH

DT : M0735
ER : 03/2024
PV : 78,50 DH

N° du Lot

21 L 498

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH



05 22 27 26 92
05 22 27 28 00

الهاتف
بالموقع

N° du Lot

21 B 3 4 6

Date Per.

02 2024

P.P.V: 119,10 DH

Casablanca, le 11 OCT. 2022

Rue Bouzarif Zahra

18,60 SV Alra

19,10

SV Rismel

19,50 + 2

SV APIxol

123,60

SV INEXUM

400,80 18 le sin

+ 119,10 3 19,90

18 le sin 3 min -
0,05 7..
2 pte hrs

SV 3 UJ
Si

صيدلية الراياف
Mme CHAQUI SAMIRA
1 Rue Al Oukhoujane . Beauséjour
Casablanca - Tel 05 22 39 59 73

Dr ALAOUI F. Youssef
O.R.L.
34, Bd Zerkouni - CASA
Tel 27.26.92 - 27.28.00