

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 :

- La facture 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

13626

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 73 89

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID HAMID

Date de naissance : 1965

Adresse : NAFIA 1 2M 2 N° 3 042 FA

Tél. : 0661381200

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : HAFID HAMID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10 NOV. 2022

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
12/09/98 - 9			15000	INT : 109435661 HARAK EL PERI DEUTSCH MEDICAL 24 Juin 1998 - CASABLANCA 00-51-65

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remesseur	Date	Montant de la Facture
 Salma	11/11/2022	275,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 34DH70

EXP 04/2025
LOT 22032 1

ouad

الدكتور شفيق فؤاد

PECTRYL
ECHOGRAPHIE

ES TRIBUNAUX
Montpellier 1
IN GYNECOLOGIE

خبرير ملحف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

11/10/16

RAFI Hamed

Lot N° :

Exp :

22016

02/25

PPV :

115DH90

Lot N° :

Exp :

21003

01/24

PPV :

87DH90



36,60

- Betabde :

Egypt

34,70

Pectryl

275,10

Dr. CHAIKIN E. FOUAD
Bd. Oued OUM ERRBII Rue 69 N° 4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca-Tél: Cab. 05 22 90 51 65
* * * * *
RENABOER BRAHMANE Salma
151 Hay Hassan
5772 CASA
* * * * *

Dr. CHAIKIN E. FOUAD
Bd. Oued OUM ERRBII Rue 69 N° 4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca-Tél: Cab. 05 22 90 51 65
* * * * *

شارع واد أم الريبع، زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الهاتف: 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء

Bd. Oued OUM ERRBII Rue 69 N° 4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca-Tél: Cab. 05 22 90 51 65