

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-710342

137226

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 944 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Actif

Pensionné(e)

Société : R.A.M

Nom & Prénom :

HALMONY Abdelmajid,

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop/ALICHAFI 42 Sidi Mearouf - CASABLANCA

Tél. : 0698 33 54 57 Total des frais engagés : 399,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2022

Nom et prénom du malade : Dr. Halmony, Abdelmajid

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie

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) : Halmony

Le : 06/10/2022



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
07/01/2023	Acte 2		250 dh	INP : 0946861 Dr Salma CHERI Médecin des Maladies du Sang Centre de Santé Aladelmeumen Signature : 09/01/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

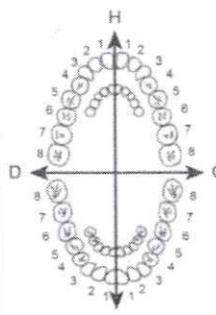
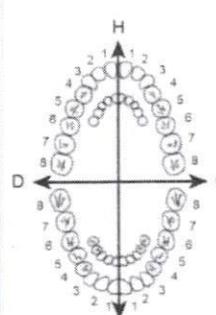
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/2022	139.40

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
		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 les documents de prescription.																																																			
 SOINS DENTAIRES	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <u> </u>				
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																																			
MONTANTS DES SOINS																																																			
DEBUT D'EXECUTION																																																			
FIN D'EXECUTION																																																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																																			
MONTANTS DES SOINS																																																			
DATE DU DEVIS																																																			
DATE DE L'EXECUTION																																																			
DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" 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;">G</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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																																		
H	G																																																		
25533412	21433552																																																		
00000000	00000000																																																		
D	G																																																		
00000000	00000000																																																		
35533411	11433553																																																		
B																																																			
 O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																														INP : <u> </u>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																																			
MONTANTS DES SOINS																																																			
DATE DU DEVIS																																																			
DATE DE L'EXECUTION																																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																			

Docteur Salma CHERQUI
EL OUAZZANI
Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du sang, des ganglions
et de la rate, Chimiothérapie,
Greffé de moelle osseuse

Sur Rendez-vous

الدكتورة سلمى الشرقي
الوزاني
اختصاصية في أمراض الدم السريرية
المعالجة الكيميائية
زرع النخاع العظمي

بالموعد

Casablanca Le : 07/10/22 الدار البيضاء في :

نـ هـ Hamony Abdelmajid

695042

Cure AMU 500



Fr 139.00 1cp/j. un jour sur 2.



Dr Salma CHERQUI
Spécialiste des Maladies du Sang
17 Angle Rue Bachir Laalaj et Bd. Abdelloumen
Tél. 0522 99 53 71

salma.cherqui@hotmail.fr

17, Rue Bachir Laalaj, Le Louvre Center, Bd. Abdelloumen, 3ème Etage N° 18 - Casablanca - Tél. : 0522 99 53 71 - Urgences : 0665 13 68 28
0665 13 68 28 - المستعجلات : 0522 99 53 71 - الدار البيضاء - الهاتف : 18 - زنقة البشير لعلج، مركز اللوفر، شارع عبد المؤمن، الطابق الثالث رقم : 18 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 99 53 71