

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-727101

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent(e) 13/11/8 Société RAM

Matricule : 13/11/8 Nom & Prénom : Benali Mounia

Actif Pensionné(e) Autre : 21/08/1980

Date de naissance : 21/08/1980 Adresse : 81 rue mohamed ben abdelkader, pal 1000, 1000

Tél. : 06.22.16.31.63 Total des frais engagés : 60,20 MAD

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

H. HAKIM
1 NOV. 2022
LEUIL

Cachet du médecin : *Dr. Nouira KADIM
Psychiatre
52, Rue Soukaina Rés. Islam
GSM: 06.12.02.65.20
Btp 101, Maârif, Casablanca*

Date de consultation : 11/11/2022 Nom et prénom du malade : BENALI MOUNIA

Age : 32

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

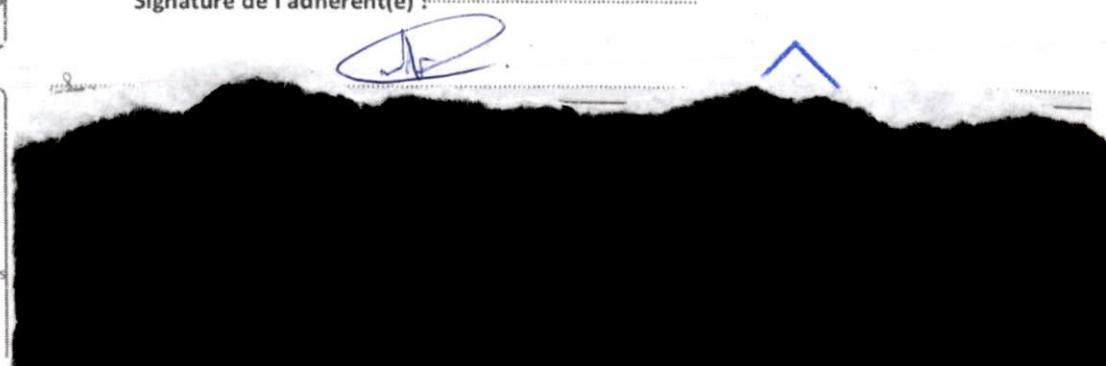
Nature de la maladie : Troubles psychiques

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'at

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casablanca.
Le : 18/11/2022

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
12/11/2021	CS	1	400 dh	INP : 0911257381074 Dr. Aïat Rabi Islam S.M:06.12.02.65.29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/22	269.-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

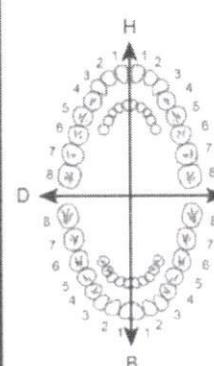
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr N

LOT 222047
EXP 16/10/2025
PPV 180.00



consommer de préférence avant le

Lot : 2053-03987
Exp : 11/2023
PPC : 89 DH

HYPHADIET,

9 Rue Rahal Meskini, FEZ VN,
Tel : +212 535651998
www.hyphadiet.com

Autorisation N°
DA2018151507445DMP/20UCA /MAV2

ريكمان ببروكسيل
بن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 12/11/2022

Mme Noura

BENALI

1) Fluox (2) 106.79
Fluox 106.79
106.79 00 - 00

2) Difluss 106.79
Difluss 106.79
106.79 89,00 106.79
89,00 106.79

106.79
III à 1 mois

DR. NOUR KADIM
PSYCHIATRE
Rue Socrate, Casablanca
52, Rue Socrate, Casablanca
GSM: 06 12 02 65 23