

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0819 Société : RAM 132209

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAKOUT Bouchaïb

Date de naissance :

1-1-1944

Adresse :

Hay chams Rue 5 1/2 Hay Salam Casab

Tél. : 0661 04 8902

Total des frais engagés : 339,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/22

MAKOUT Renouvelé

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypothèse

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 16/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

CASA

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
20/10/22	g	1	300,00	Dr. Abderrahim QUARMOU C. Chirurgie C 24, Bd R. Elou Tel. 022 22 96 421 022 48 76 85 Casablanca

► EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SORHIER Pme. Bertrandin Ep. 3000 4, Bd. Jules Guesde Tél: 0822236016</i>	20/10/22	39,7294

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

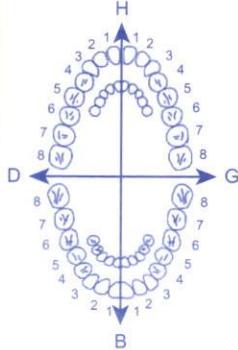
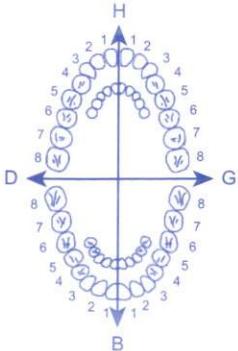
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

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	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline B & 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

Docteur A.QUARMOCHI

O.R.L.

Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

PLASTIQUE & ESTHÉTIQUE

MEDECINE AEROSPATIALE

Expert Assermentation

Allergologie



الدكتور عبد الرحيم قرموشي

جراحة الأذنين - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الجراحة التجميلية

الطب القضائي

خبير محلف

الحساسية

16/07/2022

Dr. Abderrahim Quarmoche

LOT: 220803
DLUO: 07/2025
39,000DH

39.0

Dr. Abderrahim Quarmoche

4 = 500

14 = 300

→ 411



PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim EP Slaoui
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél: 0522.36.01.64

Dr. Abderrahim QUARMOCHI
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
24, Bd. Med V - Casablanca
Tél: 022.22.96.42 / 022.48.76.65