

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

- Réclamation : 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.

N° W21-764869

148055

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

020941

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance :

2-9-55

Adresse :

Tél. :

0619788916

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. LATIF IDRISI

TRAUMATO - ORTHOPEDISTI

75, Boulevard Massira Al Khadra

Tél. : 05 22 25 25 16

Fax : 05 22 25 25 07

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24-01-23	05	000	000	INP : 10914383 N. LATIF ID ALIMARO - ORTHOP MISSA

EXECUTION DES ORDONNANCES³

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAIMA Casablanca 150, 1 ^{er} étage Allayme Tél. 0522 20 55 22	24/10/2013	107,80

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

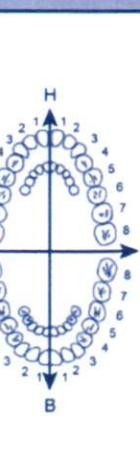
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

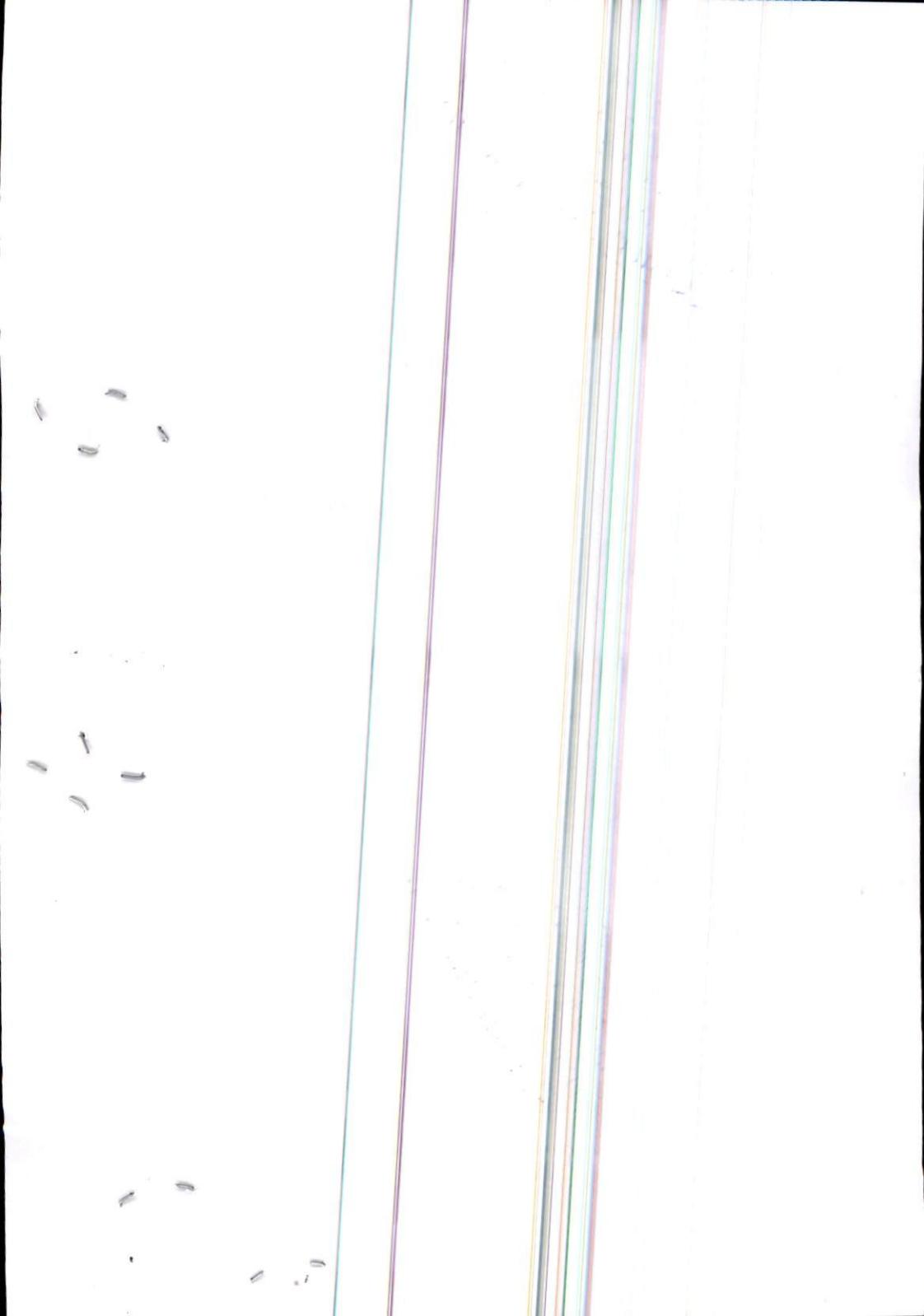
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



الدكتور طهيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنات

دیپر، قسمیم و جراح مسیتیشیپیات بیانات

عضو بالهيئة الفنية لخراطة العظام و المفاصيل

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

28.00

Donald S. B.

DRISS
FÉDÉDIST

07
16
07

2

PPV: 40DHO0
PER: 12/25
LOT: L3939

D. Laimoun
PHARMACIE LAIMOUN SARL au
466, Lot. Allaymoune Lissasfa
sablance - Tel.: 05 22 90 94
91781 - Tp. 32293297 - 11-21-2000

PPV:39DH80
PER: 10/25
LOT: L3590

35.80 11
① Larosy 20th

107.80

DT. N. LATI TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
15 Boulevard Massira Al Khadra
ca - Tel : 05 22 25 38 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07
Fax : 05 22 25 25 25 07