

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RETARDS

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, orthopédiques, 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

- 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° W21-778613

152 829

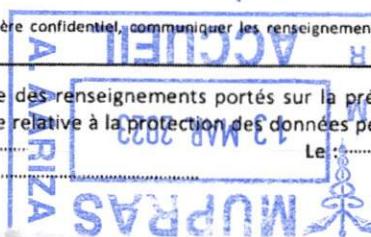
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : <u>5300</u> Société : <u>RAM</u> <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Nom & Prénom : <u>BAURAIT Fatima</u> Date de naissance : <u>05/12/55</u> Adresse : <u>78 rue EL Fouad El Maani CASA</u> Tél. : Total des frais engagés : <u>825,13</u> Dhs			

Autorisation CNUD N° : A-AV-215/2019 Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin :  Date de consultation : Nom et prénom du malade : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Enfermement psychique</u> 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.	Age: Pr. Abdelkrim LARGAB Spécialiste en Traumatologie Orthopédie Bureau B N° 30 Rue M. El Maani, 10000 Casablanca Tél: 0522 22 33 00 Mers Sultan-Casablanca 0522 22 33 01
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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) : Fatima



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
12/01/2023	C3	300 P.H	300	INP : 091032875 Spécialiste en TRAUMATOLOGIE Bureau de Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

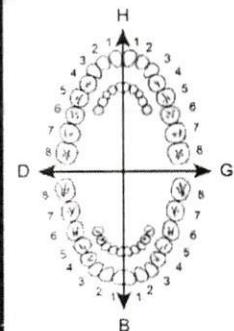
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
GEOMED CASABLANCA	12/01/2023	220,00	
Pharmacie LILAS .M	12/01/2023	120,00	
Mme SEKKAT Laila	12/01/2023	120,00	
4 bis, Rue Renouar / Bd Abdelloumar			
QUALITE DES RADIOTEXE / Casablanca ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
T : Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

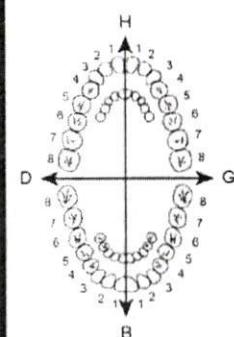
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT 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

Casablanca, le

12/01/2008

Mme BOURRAZ fatine

4 Dakar 4
47,80



191x3 } - 210 joins

29 Aïeffus 8
37,00x2

~~121,80~~



16 x 3 } - 210

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie

Orthopédie

Bureau B.M. 758 Rue Moustapha El Maani
Mers Sultan-Casablanca

Tél: 0522 22 33 00

Pharmacie LILAS .M
Mme. SEKKAT Laila
4 bis, Rue Porte d'Or / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Héros - Casablanca
Tél/Kaz: 0522 27 68 80

P.P.V :

LOT :

EXP :

37,00

P.P.V :

LOT :

EXP :

37,00

47,80

Lot N°:

EXP:

P.P.V:

Casablanca, le

12/01/2023

Mme BURHANI fatima.

22/01/2023
GEOMED SARL
1, Rue Abou Bakr Maâz Ziria
• Carré 45, M'dina
Tél : 0522 22 22 33 • Fax : 0522 28 43 07
E-mail : www.geomedmaroc.ma
Site web : geomed.sarl@geomedmaroc.ma

porter une orthèse
projet pendant

15 jours

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau N°258 Rue Mustapha El Maani
Mers Sultan Casablanca
tél : 0522 22 33 00 : 0522 22 33 01



Facture

Numéro F2300013

BOURATI FATIMA

Date 12/01/23

N° Client C0561

BCN° BCI230012

Réf	Désignation	N°Serie / Lot	Date de péremption	Qté	P.U H.T	P.T H.T
MF-I60T4	N° BL BL2300013 Du 12/01/23 "Orthèse de poignet ""Gauche"" TAILLE 4"	567451		1,00	183,33	183,33

Arrêtée la présente Facture à la somme de :**Deux cent vingt Dhs TTC**

Visa Direction



TOTAL H.T	183,33
TVA 20%	36,67
TOTAL T.T.C	220,00

* La marchandise voyage au risque et péril du client.

* Les articles périssables ne peuvent être retournés.

* Les réclamations sont prises en considération dans les 48 H.

Société Général : Agence 2 Mars**Compte Rib : 022 780 0001150005030120 74**

Visa Client