

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0044785

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7433 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : CHRAÏBI RAJAA
 Date de naissance : 25/02/1963
 Adresse :
 Tél. : 0661 170538 Total des frais engagés : 581,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/05/2023
 Nom et prénom du malade : Rajie Chraïbi Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASABLANCA Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ 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
08-05-23	C?		300,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	08/05/2023	281,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

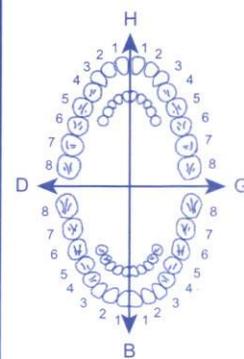
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

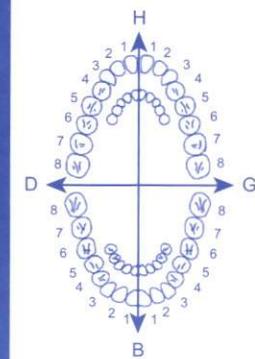


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

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



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

Dr. SOULDI Hajar

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Lauréate de la faculté de Médecine de Casa
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



- Surdité de l'Enfant et de l'Adulte - Acouphènes
- Pathologie de la voix
- Vertige et Troubles de l'Equilibre
- Ronflement - Allergologie
- Explorations et Chirurgie Endoscopiques
- Chirurgie des Amygdales et de la Thyroïde (Goitre)

PPV (DH) :

LOT N  :

UT. AV. :

32160



بدون سكر

Casablanca le,.....08/05/2023

Mme. Rajae Chraibi

Pr dni 20mg cp effervescent

3cp le matin à jeun

Risonel spray nasal

2 pulv ds chaque narine matin et soir

1 mois

Muxol sirop Adulte

1 cas x 3 / jr

Fitopolis Spray Oral Adulte

1 pulv x 3 / jr

LOT N  :

UT. AV. :

PPV (DH) :

05

40,00

N  du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

06 jo

FITOPOLIS
SPRAY GORGE



Lot n :

A consommer de préférence avant le :
PPC : 89,50

Dr. SOULDI Hajar
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale
INPE: 041187386
Stendhal 47. Medipol Stendhal Etg
Av Stendhal 47. Maarif. Casablanca
Bur 10. Maarif. Casablanca
Tel: 05 22 25 20 89

Avenue Stendhal 47. MEDIPOL STENDHAL. Etage 4. Bureau 10. Maarif. Casablanca

Tél.: 05 22 25 20 89

Urgence: 06 65 15 16 11

E-mail: hajarsouldi@gmail.com

10 years
Center

3/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11