

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7354 Société : Ram 163855
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HAMROUN Sami AMGAD
 Date de naissance : 02/11/1962
 Adresse : N°13 JMM 121 Rés Ommat Ramaz
APR RAMAZ
 Tél. : 0661121218 Total des frais engagés : 15.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2023

Nom et prénom du malade : HAMROUN Sami Age : 17.04.23

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent Enfant

Nature de la maladie : Pied bot Varus

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Cabinet Médico-chirurgical de l'enfant (CMCE)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Yalal Imm 3-2 Ans April 8, Bd Abu Bakr El Kacem

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 : 05/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : Sam

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
26.05.23	P. et l. but Var usg		1 300 DH	<p>أبو بكر توثيق</p> <p>Dr. Youness STACI FIK</p> <p>Cabinet Médico-chirurgical de l'enfant (CMCE)</p> <p>Anaim, linn 3, Zeme Elg Aopt 3, Bd Abu Bakr El Kadihi Sidi Maatouf Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

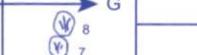
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

	<p>DATE DU DEVIS</p> 	<p>DATE DE L'EXECUTION</p>
---	--	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Taoufik Younes

Chirurgie infantile

Chirurgie viscérale

Traumato-orthopédie

circoncision

Casablanca le : ٢٦٠٥٢٠٢٣

Nom, Prénom :



د. يونس توقيق

جراحة الأطفال

الجراحة الباطنية

جراحة العظام و المفاصل

الختان

الدار البيضاء في :

MAROUF SIDI

freud soit vous eguis gauche
4^{eme} photo correcteur





NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Younes TAOUIFIK

A l'honneur de présenter ses compliments à Mr/Mme HAMROUN Sami

Et lui adresser selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de : Mille cinq cent dirham (1.500DH)

Casablanca, le 26.05.2023

