

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 caractère personnel.

N° W21-722316

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 11693			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : Raum	
Nom & Prénom : Djouch Imad			
Date de naissance : 29.01.75			
Adresse : habituelle			
Tél. : 06 99 82 50 37 Total des frais engagés : 1150,- Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>Docteur DRIFI Hassan</i> Médecine Générale Médecine des Urgences Rue Allal Ben Abdellah 24 1490			
Date de consultation : 12.06.2023	Nom et prénom du malade : SOTISSAT Djouch	Age : 49	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	<i>Bronchite</i>
Nature de la maladie : <i>SOTISSAT Djouch</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>En cas d'accident préciser les causes et circonstances</i>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) : *Jrifurk*



16 JUIN 2023

Le 16.06.2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
12.06.2013	e 110	24	12106123	15100460

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KASSIRA 51, Rue Dahab Ben Youssef Dr. Mme BEN MOUSSA Oussa Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44	625 PV Date : 22/06/2013	12106123 172140 INPE : 092007814

ANALYSES - RADIographies

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

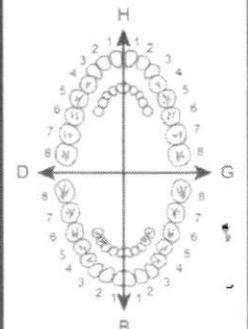
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

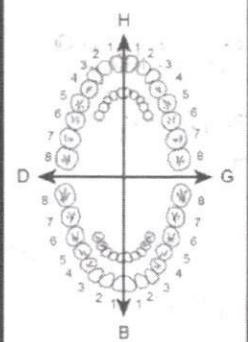
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Docteur DRIFI Hassan

Médecine Générale

Médecine des Urgences

Médecin Agrée pour la

Visite de Permis de Conduire



الدكتور الضريفي حسن

الطب العام

طب المستعجلات

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

Casablanca, le : 12.06.2013

IBTISSAM DIAW

79.00

* 1 kg 500 g
S.V. 5 x 2

40.00

* 100 g
S.V. Read

15.80

* 100 g
S.V. Vanille

36.70

* 1 kg 100 g
S.V.

172.40

Docteur DRIFI Hassan
Médecine Générale
Médecine des Urgences
625, Bd Med V, Imm. 625, 3ème étage, Appt. N° 23 (en face la Commune Sokhor Assawda) - Tél. : 05 22 24 14 90 - GSM : 06 69 02 66 67

Topique

LOT : 0022058
PER : 10/2027
PPU : 36,70 DH

PPU : 79.90 DH
LOT : 65-23
PER : 11/2013

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahel Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafaa
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44