

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

M22- 0039745

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1291

Société :

R.A.M.

166896

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elouaifi Smaili Driss

Date de naissance : 18/05/1950

Adresse : 48 bis Rue Imam Aouzaï, Haarif Casablanca

Tél. : 069.657.168 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de galop

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 un caractère confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

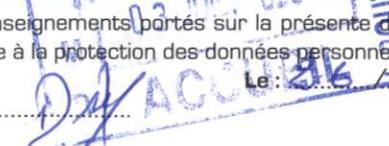


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 26/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <small> Dr. med. phil. Dr. med. SABAU Tel. 02 26 38 43 83 Fax 02 26 38 44 12 am Margarethenstr. 10 im Hause 10117 Berlin </small>	26/6/93	346,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 16 numbered teeth (1-8 on each side). The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the left. A second horizontal arrow labeled 'G' points to the right. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABBAD SAID

Diplômé de l'Université de Bruxelles

Spécialiste de Maladies de l'Appareil Digestif

(Estomac, Intestin, Foie)

Proctologie Medico - Chirurgicale

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures - Anales)

Fibroscopie, Colonoscopie Digestive

Echographie Digestive

Ancien Chef de Service de Gastro-Enterologie

à la Polyclinique CNSS - INARA



الدكتور عباد سعيد

خريج جامعة بروكسل

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعي الغليظ وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصحة الضمان الاجتماعي الرباط

Casa le

26/06/2023

EL ONAFI 51 Drh

41,80

- Hepatit (AS)

73,80 DH
01/2026
2024N

45,40

- Diphala

DUOPHALAC 66,5%
SOL. BUV 200 ML
PER. : 28/06/2026
P.P.V : 45DH40
6 118000 018494

30,50

- ARG 60

LOT : 1373
UT-AV : 01 - 26
P.P.V : 30DH50

51,00

- BROS CO libér.

1 51,00

17, Bd. Bir Anzarane - Maarif - Casablanca

(Angle Brahim Roudani, Bir Anzarane,
En Face de la Poste - Maarif

Tél. 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

346,70

Doctor ABBAD
Hepatit (AS)
Proctologie
Colonoscopie
Echographie
Digestive

مار. العين
أندولا

Emulsion
Ophtalmique

PPC 178,00 DH

أمام مركز البريد المغاري

الهاتف : 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35