

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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2683

Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDI si Mohamed

Date de naissance : 1952

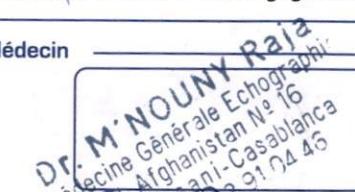
Adresse : mohamed.benali

Tél. : 0693 13 60 21

Total des frais engagés : 287 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/07/2023

Nom et prénom du malade : BENDI RAYAN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AF. OPI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

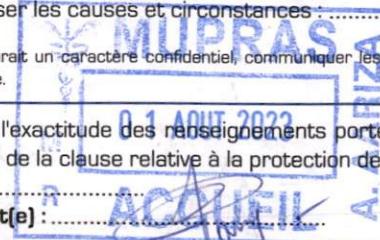
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
30/05/22	C		150 HTS	F. M. NOUZI Médecin Généraliste Bd Karamanou N° 1 27000 Val-Casarate

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHIA SAHLI HASSANI Tahiri Afghanistan Casablanca 3263 - Fax: 0523</i>	30/05/2023	137.00

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 :

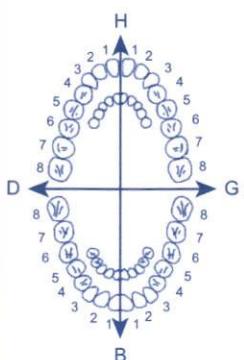
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. Mnouny Raja

MEDECINE GENERALE

Boulevard Afghanistan, N° 16

(en face la Banque Populaire)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22.91.04.46

E-mail : mnounyraja1962@gmail.com

الرَّكْتُورَةِ (السَّنُونِ) رَجَاءُ

الطب العام

شارع أفغانستان، رقم 16

(مقابل بنك الشعبي)

الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.91.04.46

البريد الإلكتروني : mnounyraja1962@gmail.com

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
T: 0522 90 32 63, FAX: 0522 90 46 01

Casablanca, le :

30/05/23

الدار البيضاء، في:

RENDI RAYAN



74,10 1/ Oedes 40 F gel. Sute 14.
 l'gel c jui

40,90 2/ Anapred 2 F gel q. nadijk
 3q lemetin afmij x d

22,00 3/ Istaqne los
 l'gel losen x 3 mois
137,00

Dr. M'NOUNY R.
Médecine Générale Echographe
Bd Afghanistan N° 16
Hay Hassani - Casablanca

رجاءً إحضار الوصفة عند المراجعة

