

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3722

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SERRAR MUSTAFA

Date de naissance :

25/06/53

Adresse :

174 Rue El Gouhouria 40505

Tél. :

0661320772 Total des frais engagés : 4800 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/06/2023

Nom et prénom du malade :

SERRAR MYS DAPNA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de l'œil

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 :

CAJAF Le : 01/08/23

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 du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/06/18 + 18/07/18	C3 1	1	200.000 200.000	Dr. BELYAZID Brahim CHIRURGIEN 80, Abdelmoumen, Bd. Aoual Téle. : 05 22 80 30 18 Fax : 05 22 80 65 06

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.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



Casablanca, le :

05/06/2023

الدكتور بليزيد ابراهيم

- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والأمعاء والكبد
- جراحة المراة - الجراحة بالمنظار
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرايين
- جراحة الفتق
- خريج كلية الطب بنانسي - فرنسا

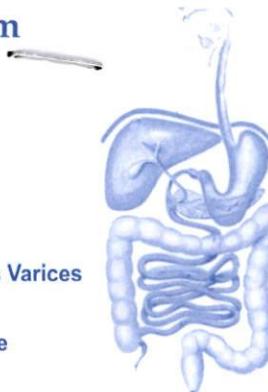
RECU

La somme de quatre cents dirhams (400DH)

Contre consultation spécialisée et échographie
abdominale.

SIGNE Dr BELYAZID

Dr. BELYAZID Brahim
CHIRURGEN
Abdelmoumen Center Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca
CASABLANCA - Tél. : 05 22 86 30 10 / 86 30 11
GSM : 06 61 19 65 96



- Chirurgien Digestive
 - Chirurgie de la vésicule biliaire
 - Chirurgie laparoscopique
 - Chirurgie du foie et de l'intestin
 - Chirurgie du goitre
 - Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
 - Chirurgie de l'Hernie Inguinale
 - Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France

- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي
- والأمعاء والكبد
- جراحة المراة - الجراحة بالمنظار
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرابين
- جراحة الفتق
- خريج كلية الطب ببنانسي - فرنسا

05/06/2023
Casablanca, le :

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

NOM : SERRAR

PRENOM : MUSTAPHA

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire libre à paroi fine

voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Abscence d'ascite ou d'adénopathies profondes.

CONCLUSION: Eventration sous costale droite.

مجمع عبد المؤمن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 210 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca
الهاتف: 06 65 96 30 05 22 86 المحمول: