

RÉCOMMANDATIONS 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.

M23-002393

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1863 Société : Roum / 124766
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Mohamed Mamar
 Date de naissance : 01/06/47
 Adresse : Rue 144 N° 108 Ain chok
CASA
 Tél. : 0664330358 Total des frais engagés : # 1162,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : MAMAR Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection orale

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 : CASA Le : 05/09/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
05.03.2013	Opérations chirurgicales de cesaréennes	1	400	DR M. ZAFAR
				DR M. ZAFAR
				DR M. ZAFAR
				DR M. ZAFAR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAN ASSOURI VIE 3/21 Operation A GHD N°11 12 H - CASABLANCA	05-09-23	762,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Concussions and mild traumatic brain injury

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'ODP.

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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled H at the top and D at the bottom. The horizontal axis is labeled G on the right and B on the left. The teeth are arranged in a curve, with numbers indicating specific points of interest.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT180205144141

Casablanca le :
05 septembre 2023

MANAR Mohamed

329,00

SUVEAL DUO



1 comprimé le matin, pendant 3 Mois

137,80 x 3 =

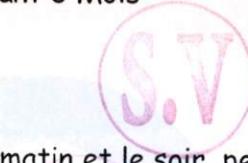
VASTAREL LM 35 MG

411,60

1 comprimé pellicule lm le matin et le soir, pendant 3 Mois

21,80

ASPEGIC NOUR 100 MG



1 poudre pour solution buvable 1 fois par jour, pendant 3 Mois

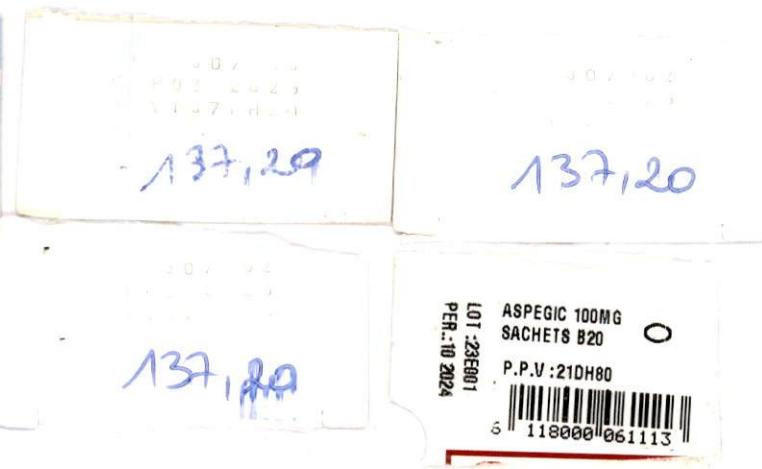
762,40

*ASSOCIATION HAY ASSOURI GROUP
N° 2222277777 (0522.25.71.71) - Casablanca*

*Tel. : 0522.25.71.71 (0522.25.71.71)
Ophtalmo Clinique
Dr. J. Z. Biyad
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
INPE : 09114018
15/09/2023*

Urgence 24/24

OPHTALMED
PPC
329.00 DHS





Casablanca le : 05.09.23

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M. A. MANSOUR MOUAMER

La somme de : Quatre cent Dhs
400.00Dhs

Pour : Consultation+k10 fond d'œil

Cachet et signature

INPE : 091140186
TEL : 0522.25.71.71 (616) - Fax : 0522.25.11.15
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Ophtalmo Clinique de Casablanca

Ophthalmo Clinique de Casablanca
Dr. J. ZAKI

Urgence 24/24