

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

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

M23-004512

AS1501

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 630 Société : RAOI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJI MOUTAMID OMAR

Date de naissance :

01-01-1944

Adresse :

CHERAM II 80 APP.1 DULFA CASA

Tél. : 06 70 98 62 00

Total des frais engagés : 411,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

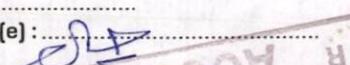
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17 JAN 2024		C	750 dh	Dr. MOUATAMID YOUSSEF Médecin Généraliste Radiographie Groupe B1 imm 1 Firdaous Oujda - Casablanca Supt 1 El Oujda - Casablanca Tél: 05 22 93 41 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K. RUE 15A N° 23/25 El Oujda - Casablanca Tél : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	17/1/24	261,60 DA

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
DATE DU DEVIS	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور معتمد عمر

- Médecine générale
- Echographie
- Médecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire

الطب العام

45,20

Ordonnance

45,20

Casablanca, le

17.01.20

J^{me} Zahra BELANTARI.

15,20 x 2
23,90 x 2

AS

AS

23,90

Parcopharmacie 800 J (0,4)

23,90

28,70 1 - 0 - 1 04 baies
11,70 Dracaena 60 N 3

AS

261,60

Dr. MOUTAMID
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdausi Groupe P
Appt 1 El Oulfa - Ca
Tél: 05 22 93 41 31

Imm 11

78,70

44,70

إقامة

العمارة

دار البيضاء

05 22 93 41 31 : الهاتف

Résidences Al Firdausse
Groupe B1 Imm.11 Appt1
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 41 31

PHARMACIE SOUIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25

EL Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

B1 2

2

44,70