

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-769900

197415

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7534 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JABRANE MOUNA

Date de naissance : 08/08/1964 à CASA

Adresse : 30 Rue OKHOUANE Beausseur

Casablanca

Tél : 0662218817 Total des frais engagés : #192,00#

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Abdennabi JOUAL
Chirurgien Urologue
416, Bd Abdelmoumen Imm A, N°3
Casablanca Tél. 0522 98 98 12/22
Fax 0522 98 98 22

Date de consultation : Casa / 15/08/2024

Nom et prénom du malade : JABRANE MOUNA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : prolaps

En cas d'accident préciser les causes et circonstances de l'accident

Dans le cas où la maladie aurait un caractère chronique, 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

RELEVÉ 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
15.02.2012	C5	01	61	INP : 091081004 Professeur Abdennabi Chirurgien Urologue 416, Bd Abdennabi, Imm A, N°3 Casablanca Tél. 0522 98 98 12/22 Fax 0522 98 98 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie H.B. Dr. Ahmed Ghaffar Rue Benachene - Casablanca Tél. 0522 98 98 34 / 0522 39 39 34	15/02/12	197,16

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

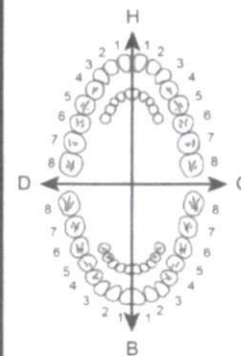
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

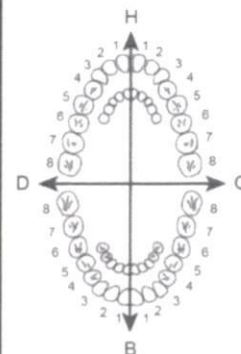
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصحة دافنشي
Clinique Da Vinci

Casablanca, le 15/2/24

Mme JABRANE MOUNA
Né le : 08/08/1964



VNC24B15081150

74,80 x 2

1. seper 50

1/2 x 21, x 1/2

2 - Algine 24

47,90 1/2 x 21 x 1/2

197,70

J: 0532 01
R: 01/2024
PV: 74.80 DH

74,80

H: 0532 01
R: 01/2024
PV: 74.80 DH

74,80

LOT: 06223017
PER: 03/2028
PPV: 47.90 DH

47,90

Pr. Abdennabi J
Chirurgien Urolog
ANOUAL CAPITAL C
Angle Bd. Abdelmoumen et
Tél: 0621 14 43 22 - Cas

DR. HAYE
Pharmacie Ghary
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 31
Fax: 0522 94 99 34