

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11694**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HACHIMI KHALID**

Date de naissance : **17/02/1970**

Adresse : **32, RUE SOUS, QUARTIER CUBA
CASABLANCA**

Tél. : **06 72 96 32 56** Total des frais engagés : **127,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatiha Chemlali
Généraliste
Echographie Générale
119, Bd Bourgogne - Résidence Phénicia
Tél: 0522 22 85 46

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **HACHIMI KHALID** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC



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 : **CASABLANCA**

Le : **22/02/2024**

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
22/02/2024	2		25000	 Docteur Fatima Chemlali Généraliste Echographie Générale 88 Bourgogne Résidence Phénicia Tél: 0522 22 85 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INP 22, Rue Ignatius 00300 CASABLANCA Tel: 0522 20 85 74	1990.02.24	177.30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

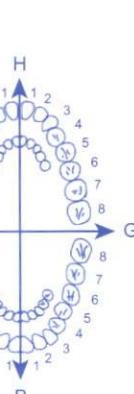
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 DENTAIRES																										
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
				Coefficient DES TRAVAUX																						
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		B														35533411	11433553	
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D																									
	B																									
35533411	11433553																									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
				MONTANTS DES SOINS																						
				DATE DU DEVIS																						
				DATE DE L'EXECUTION																						

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M_g = 11694

Docteur Fatiha Chemlali
Médecine Générale
Echographie

الدكتورة فتيحة شهلالي

الطب العام

الفحص بالصدى

casablanca le 22/02/2024 في الدار البيضاء

22/02/2024

الدرا، السضا

17. Hachimi Khalid

1 The 20

57

LOT: M1152
PER: 09/2025
PPU: 75.00DH

75.00

29 2002

Wings 3

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text 'HARMACTE DER TIAZ' at the top and '20.03.2003' at the bottom. The center of the stamp contains the text '2003-03-20' and 'TIAZ'. Below the date, the word 'TIAZ' is written vertically. At the bottom of the center, the word 'Docteur' is written in a stylized, handwritten font.

in true
S. V. P.
Chemical

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

LOT : 4522
PER : 05 - 28
P.P.V : 45 DH 90

119 - شارع بيركون - أقامة فينيسيا - الطابق الأول (امام مستوصف احمد) الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

1. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage (en face de centre de santé OUHOUD) Casablanca