

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 343	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	204059
Nom & Prénom : ARIF MOHAMED			
Date de naissance : 01/01/40			
Adresse : 151, Rue MIMOSAS - HAYERRAHA Casablanca			
Tél. : 06 63 25 46 81	Total des frais engagés : 901,80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr.AGOUMI Saloua Neurologue 249,Résidence El Mansour "4" Apt 4, 2^e Etage, Bd Yacoub El Mansour Casablanca - Tel: 0522 39 84 38	
Date de consultation :	26/03/2024
Nom et prénom du malade :	
MR ARIF MOHAMED	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
Affection neurologique	
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 :	Le : 25/13/2024
Signature de l'adhérent(e) :	



BELEVE 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
06/08/2014	C3		300 DT	INP : 094189496 Dr. AGQUMI Saloua Neurologue 249, Résidence El Mansour - 4 ^e Appart. 4, 2e Etage, Bd Yacoub El Mansour Casablanca - Tél: 0522 39 84 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/03/2021	601,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXII JAIBES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. سلوى أكجومي

اخصائية في أمراض الدماغ
والمجهاز العصبي

Dr. Saloua

PPV: 140 DH 00

GTIN: 1611
Lot No: T
EXP: 14
S.N.: C4K

GTIN: 14004140041400
Appt: 14004140041400
MI
sd
al et
GTIN: 6
Lot No:
EXP: 0
S.N.: P

PVC : 180 DH 00



EEG

NEUROLOGUE

صيادلاني
الدواء السفهاء، في
PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA
Mme. LAMNIAI BRIGITTE
72, Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Beausejour - Casablanca
Tél: 0522 39 06 36

M^r ARIF MOHTA M^r

140,40 x 3

1) AL MANTI N 1
25-6-26-3-24
10986 (S.V.)

$\frac{1}{2}$ cp le soir

x 01 semaine

puis 1 cp le soir

180,00

2) Memobassit

(S.V.)

60,20 1 CP x 15

TRT de 03 mois

PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA
Mme. LAMNIAI BRIGITTE
72, Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Beausejour - Casablanca
Tél: 0522 39 06 36

Dr AGOUMI Saloua

Neurologue

249, Résidence El-Mansour "4"
Appt 4, 2^e Etage, Bd Yacoub
El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 39 84 38

شارع يعقوب المنصور الطابق 2، رقم 4 - الدار البيضاء 249، Bd Yacoub El Mansour, 2ème Etage, Appt N°4 - Casablanca

0522 39 84 38 agoumisaloua04@gmail.com