

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.

N° W19-550025

ND: 4 2607

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent : 02189 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAATOUIQUI Mohamed

Date de naissance : 1956 CASA

Adresse : G.T Rue 105 N° 6 OULFA CASA

Tél. : 06 64 02 27 30 Total des frais engagés : 1412,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/09/2020

Nom et prénom du malade : TAFOUIQUI Mohamed Age : 64

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : 29/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

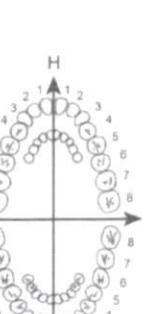


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 SEP 2020	C		200 DHA	INP : 0911000000  سيد محمد الشوالي قرقىز - خبير لدى المعاشر قرقىز - مستشار مهوى النعوم قرقىز - مستشار الحسن قرقىز - مستشار العجمى قرقىز - مستشار الحسين قرقىز - مستشار العجمى قرقىز - مستشار الحسين

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/2012	1112,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Dr. SOINS FIRAL YOUSSEF MABROUK N° 2688 - 29 JEFI Boulevard Mabrouka Rue 9 - N° 15 Sidi M'baref - Casablanca Télé: 0522 296 16 15	2020			injections (IM)		100 DH	

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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Docteur Saïd GZOUЛИ

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلق

محترف المحاكم

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-10-2
PER : 09-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-14-2
PER : 04-2022
PPV : 106,80DH

LOT : P-04-2
PER : 04-2022
PPV : 106,80DH

28 SEP 2020

الدار البيضاء، في :

iaxau1cs
10 = 1068,00

CONFIRME DE SOINS
N° 2688
Lottissement Maârouf Casablanca
Tel: 05 22 616 15

2. Carbosylane

44,80 1 dose x 3/ -



N° 05

B.P.DH

CENTRE DE SOINS
INFIRMIÈRES MABROUKA

Au: N° 2688

Mabrouka
Lotissement Mabrouka Rue 99 N° 15
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 06 16 15

REÇU de M.^R MAATOU qui

de 100 DH

pour 10 injections (IM) de Triaxon 1g.

selon l'ordonnance de Dr Said Gzaoui

le 28 SEP 2020



CENTRE DE SOINS
INFIRMIÈRES MABROUKA

Signature

Au: N° 2688

Lotissement Mabrouka Rue 99 N° 15
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 06 16 15