

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.

Nº W19-581547

45488

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		11595		Société :		RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : ADIL ALLA MUPRAS							
Date de naissance : 27 Oct. 2020							
Adresse : ACCUEIL DE RAM 645, 8							
Tél. : 0522912481 Total des frais engagés : 100 Dhs							

Cadre réservé au Médecin							
Cachet du médecin :							
Date de consultation : 27/10/2020							
Nom et prénom du malade : AYAD BEN ABDELLAH Age : 30							
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant							
Nature de la maladie : PRUVE IR LADHP							
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/10/2020

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
				INP : 092006851 C 15.01.2020 Signature de Dr El Gheit Signed 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL DUC Dr Taoufik BARAZZOOG 43, Rue 11, Lot Haïda Casablanca - Ain Chock - Casablanca Tél: 05 22 57 23 23	19/10/2020	495,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien **[Signature]** 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	INP :
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth:				

Docteur RAQUI Halima

Médecine Générale

Diplômé en Echographie Générale

Diplômé en Diabétologie

Faculté de Médecine

de Montpellier

Hay Sadri - Lot. 83 Groupe 5

1er étage - CASABLANCA

Tél.: 05 22 70 88 31

Casablanca, le

PPV : 79DH70
P.P.V. : 03/2022

PPV 15,80
PER 11/22
INT 1

PPV : 75,00DH

PPV : 75,00DH

LOT 22/22
PER 04/2022
FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V. : 49DH80

PPV : 49,60 DH
LOT : 19L02/8
EXP. 12/2022

PPV : 49,60 DH
LOT : 19L02/8
EXP. 12/2022

الدكتورة راقى حليمة

الطب العام

حائزة على شهادة الفحص بالصدى

حائزة على دبلوم داء السكري

من كلية الطب بمونبلي

حي السدرى تجزئة 83 مجموعة 5

الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 70 88 31

DRSLE
DRSLE

79,70

- DR 2 60 SV

15,80

Dolipen 60 SV

75,00 X 2 = 150,00

Nat aci SV

49,80

Flagyl 24 SV

49,60 X 2 = 99,20

D ame SV
181151(37)

640/15DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

LOT : 9HHA043
EUCALYPTINE LE BRUN
SIROP FL 125 ML
P.P.V : 19DH20

6) - ^{82,10} Eudistoma SV
 rep.
7) ^{19,20} Eudistomidae SV

$$T = 495,80$$

