

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° W19-498654

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 21,611			
Matricule :	12726	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JANATI IDRISI JIHAD			
Date de naissance : 29/01/89			
Adresse : Résidence du lac Appt 8-1 Casa GreenTours Villa route Bourkaoua			
Tél. :	0661740615	Total des frais engagés : 459,10 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18/01/2020			
Nom et prénom du malade : JANATI IDRISI JIHAD - Age : 31			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Reflux mycose			
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.			
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL SIEGE RAM - 11 MARS 2020			

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 BLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : **Y** - **10.1.2020**

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
18.01.2020	Q 001	400,00 DT	INP : 091071001	
20.01.2020	3			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REENTH Maria AZENNAR Centre Commercial Casablanca 10/01/2020	# 59,10 DT	

ANALYSES - RADIographies

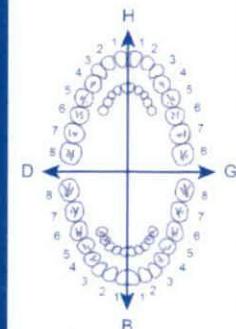
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

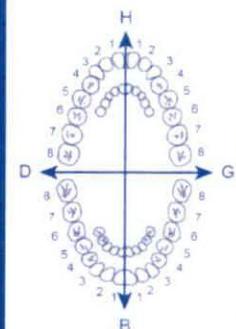
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
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'EXECUTION

Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine

de l'Université de Bordeaux II

Professeur Agrégé

MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

SAUF le lundi toute la journée, le mardi matin
et le samedi après midi

الدكتورة مي حجي

شهادة الدولة في دكتوراه الطب

من جامعة بوردو ١١

أستاذة مبرزة

الطب الباطني

أيام وأوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة زوال

و من الثانية بعد الزوال إلى الخامسة بعد الزوال

ماعدا يوم الاثنين كاملاً و يوم الثلاثاء صباحاً

و يوم السبت بعد الزوال

18.01.2006

دار البيضاء في Casablanca, le

جعفر

JANATI - Idriss

Jihad -

٥٣/١٠

Aercloud



rommelle by Cielovirai

6 applications

جعفر

DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
120 Bd. Idriss 1er - CASA
Tél: 05 22 86 37 78 / 05 22 86 38 13
ICE: 00170752000002



صيدلية المدينة الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Mayy HAJJI
Centre Commercial Casa Green Town
Ville Verte - Boulemane - Tel: +212 520-5263 59

05 22 86 38 13 / 05 22 86 37 78 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 13 - الفاكس : 120, Boulevard Moulay Idriss 1er - 3ème Etage, N°7 - Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca - Tél. : 05 22 86 37 78 / 05 22 86 38 13 - Fax : 05 22 86 38 13

INP : 091071001 - ICE : 00170270200002 - Patente : 36350035 - IF : 42024200