

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° W21-601777

57266

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6798	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEDRI HAMID			
Date de naissance : 28-12-61			
Adresse : 125, rue de la Babtuelle			
Tél. : 06.62.01.48.11 Total des frais engagés : 135,80 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<p>Chaymae ELOUZZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N° 262 32 48 12</p> <p>Chaymae ELOUZZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N° 262 32 48 12</p> <p>Chaymae ELOUZZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N° 262 32 48 12</p>			
<p>Cachet du médecin : CCU 2022</p> <p>Date de consultation : 14 JAN</p> <p>Nom et prénom du malade : MOUSSINI Saad</p> <p>Lien de parenté : Membre de la famille</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>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.</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> Conjoint</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant</p>			

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

Signature de l'adhérent(e) : Hamid

Le : 27/10/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant de l'offre des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des actes
16/01/21	Dr. Chaymae El QUAIMI Omnipraticien	App. N°2 0522 32 48 12	Dr. Chaymae El QUAIMI Omnipraticien Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N°2 Tél:0522 32 48 12	Dr. Chaymae El QUAIMI Omnipraticien Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N°2 Tél:0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Sallim</i> El Jadida Ed. Lalla El BERRADA C.C. 222	<i>26/2/22</i>	<i>135,90</i>

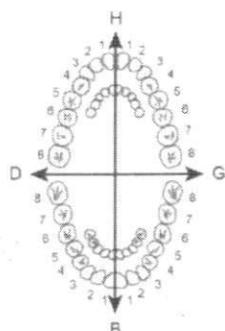
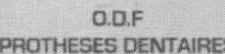
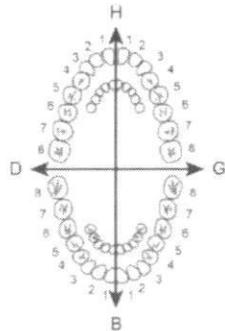
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine
Et de la pharmacie de casablanca
Ex Médecin au CHU-Casablanca
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi - Berrechid
Ex Médecin à l'Hopital Med V -Safi

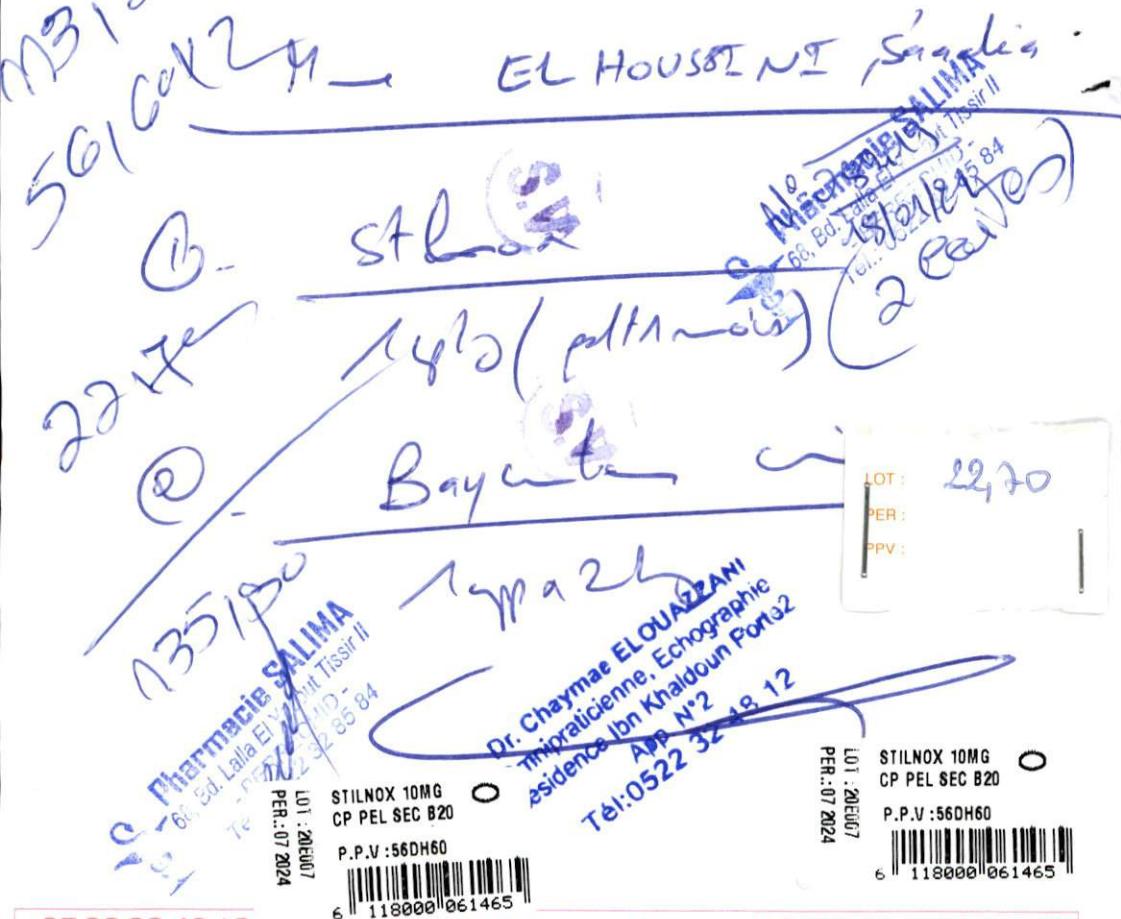


الدكتورة شيماء. الوازاني
الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيبة سابقة بمستشفى المازوي برشيد
طبيبة سابقة بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le... 16/01/21 برشيد في



اقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف 05 22 32 48 12
Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - apprt N° 2 - Berrechid - Tél , 05 22 32 48 12
GSM , 06 62 14 34 32 - E-mail , elouazzanichaymae@gmail.com