

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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° W19-574270

66444 ?

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABATI HASNAA

Date de naissance :

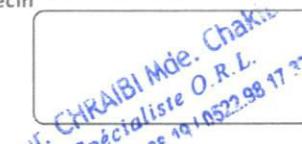
Adresse : 4, LOT. HAMZA - SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 9629

Total des frais engagés : 553,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HABATI HASNAA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

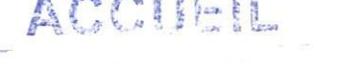
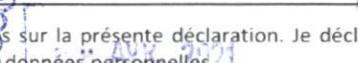
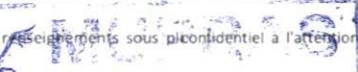
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

Le : 15/02/2019

Signat(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
22/03/21	(2-0) 1/1		1 500 + 200 = 700	INP : 091013000 Dr CHAKIB Mde. Chakib Spécialiste O.R.L. 1053298172
	Caeruleo			
	M. S.			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie M'hamed KERMANE en Pharmacie Inou KATIR ANKA	22/03/29	53,20

AUXILIAIRES 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 prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitees	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"/>												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Creation, remont, adjonction]															
	Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la profession															
	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"/>												

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib
CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرايبه محمد شكيب
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحجرة
جراحة الوجه و العنق
82، زنقة سومية - شارع عبد المومون
عمارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : ٢٠١٣/٢٦/٢٠ الدار البيضاء ، في :

HABIFI Regista .

53,20

Facil ٧٥

٣٢٤.



Dr. CHRAIBI
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed GERMANE
Docteur en Pharmacie
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
Tel: 05 22 25 26 19 - CASABLANCA



Dr. CHRAIBI Moe. Chak.
Spécialiste O.R.L.
Tel: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37