

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

6983 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4975** Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHIM Y ABDALLAH

Date de naissance :

08-03-1961

Adresse : **JARDIN OUM RABIT GR 10 Entr. 6 N° 101**

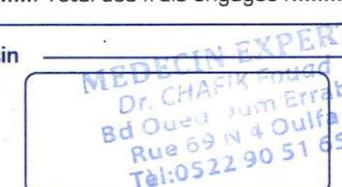
EL OULFA CASABLANCA

Tél. : **06 87 26 26 93** Total des frais engagés : **479,20** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **16/04/21**

Nom et prénom du malade : **Hachimy Abdellah**, Age :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Optique Respiratoire

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 BLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : **Hachimy Abdellah**

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
16/09/91	G		150DH	Dr. Lamine Errabah Bd Oued Souf Rue 69 N° 4001fa Tel: 0522 905165

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Rachid El Kassar 5bis, Bld 2 Cite Comida Hay Hassoun 28/2 02 92 28 12	26/04/21	329,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

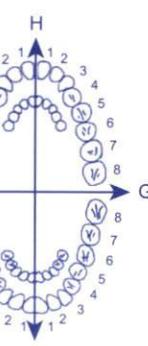
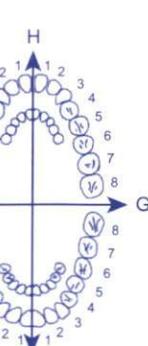
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

EXPERT ASSERMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE
ÉCHOGRAPHIE

خبير محلل لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

PPV: 116DH00
PER: 06-23
LOT: J1755

Casablanca, le:

26/04/21

Hachiny Abdellah

174,40

~~- Deflazacort 30 (65)~~

N.S.

1x x 2 pdr 5g int +

Lot: RC0315B
Per: 01/2024
PPV: 174DH40

174,40 pdr 5g int

Ajouter

116,00

~~- Saphen Solutop (150 ml 1%) 1L~~

150 ml
May
Hassani
Pharmacie N
Dr Rachid
Commune
Hay Oulfa
Casablanca

38,80

~~- Cuxol 750 mg 2 g~~

S.

MEDICAL IMPORT
Bd Oued Errabii
Rue 69 N° 4
Tel.: 0522 90 51 65

329,20

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80