

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

- Reclamation : 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° W21-644041

83555

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11461	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KADJAJ NAWAL
Nom & Prénom : KADJAJ NAWAL			
Date de naissance : 26/11/1977			
Adresse :			
Tél. : 0665100783 Total des frais engagés : 392,20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center;">  <p>Dr. Karim DAHBI SHALI UROLOGUE Résidence Jawhara Abdelmoumen N° 101 Bd. Abdelmoumen 4ème Etage Casablanca 20221 Tél. : 05 22 29 50 88</p> </div>			
Date de consultation : 12-08-2021			
Nom et prénom du malade : Kadraj Nawaal Age:			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : car j'en ai</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.			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARNAJIE DU TAU HAMDAOUI Fatna Docteur en Pharmacie 129, Bd. Raphaël - Casablanca	12/08/21	3820

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création remont. adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim DAHBI SKALI



الدكتور كريم الذهبي الصقلبي

إختصاصي في أمراض و جراحة الكلى
والمسالك البولية و التناسلية

أمراض الكلى و المثانة و البروستاط

العجز الجنسي و العقم عند الرجال

الشخص بالصدى و المنظار و تفتيت حصى

الكلى و المسالك البولية والختانة

- Chirurgien Urologue
Spécialiste dans les maladies et la chirurgie
des Refns de la Vessie et de la Prostate
- Troubles Sexuels, Impuissance et Stérilité Masculine
- Cystoscopie Resection Endoscopique
- Echographie
- Lithotripsie des Calculs Urinaires
- Circoncision

le 12-08-2024

ج ٤٠
kadjaj mawal

33,90

200ml 50
amp

33,90

58,30

Legospon

PHARMACIE
HAMDAOUD
Docteur Responsable
129, Bd. Abdellatif
LOT : 1125
UT. AV : 07/23
P.P.V : 58 DH 30

33,90

Dr. Karim DAHBI SKALI
UROLOGUE
Résidente 131 Bd. Abdelmoumen 4ème Etage
Casablanca Tél. : 05 22 29 51 49

إقامة جوهرة عبد المؤمن - رقم 131 - الطابق الرابع - الهاتف : 05 22 29 51 49 - المستعجلات : 06 63 49 79 59

Rés. Jawhara Abdelmoumen - N° 131 - Bd. Abdelmoumen - 4ème Etage Casablanca Tél. : 05 22 29 51 49 - Urgenc : 06 63 49 79 59