

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° W21-627138

ND:86723

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10356

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERRIAI CH - RACHID

Date de naissance :

30 01 1965

Adresse :

444 EZZOURBIR RUE 11 N 289 Appart
04 LFA 000

Tél. :

06 61 78 76 31

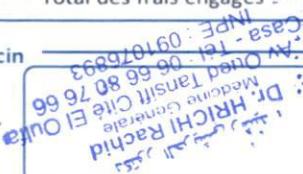
Total des frais engagés :

627,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/09/2021

Age :

21

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

04 RACHID - 10

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 :

02/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Malika

Le 02/09/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>JL. Pharmacie de la Mar Dr. Naimi</i>	02/09/21	677,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

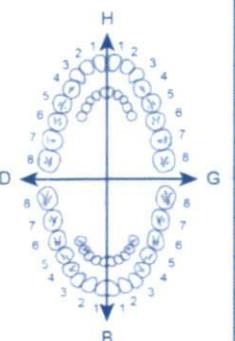
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

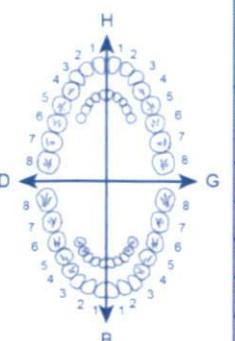
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travail

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXCLUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشى رشيد

الطب العام

295، شارع وادى تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة. الدار البيضاء

0666 80 76 66

Casablanca, le :

27/09/1504
بيضاء، في

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2171

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2148

Bounaibat Nalika

4 79,70 x 2
431 x 500  2 cp le premier jour

1 cp. x 3

21 180,00
Zinc plus 

49,60 gel.

37 D canne bonheur 

8 g 

37 15,30 x 12
Vitamine C 1000

16,60

61 D oligo 

477,20 x 27.

Lot n°:

EXP:

PPV:

55,16

Vita C 1000® a C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 1608051

PPV 15DH30
EXP 05/2024
LOT 1102625

14,60
PPV 14DH60
PER 08/24
LOT K2056

14,60
PPV 14DH60
PER 08/24
LOT K2056

Dr. Rachid Hrichi
Pharmacie de l'El Oulfa
Casablanca
Tél. 0666 80 76 66