

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.

adiologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3417

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI

IDRISS

Date de naissance : 17 02 60

Adresse : 7 rue mozart (zemmoura)

Tél. : 0661 33 81 40

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : BENNANI IDRISS Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

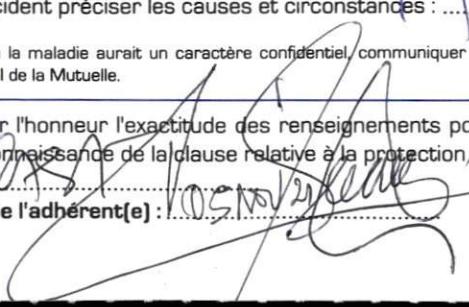
Nature de la maladie :

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.

Fait à : 05/03/2024 Le : / /

Signature de l'adhérent(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
29/05/21	2		300,00	Dr. CHAPONNE M. Chapt. 0.R.L Spécialiste 25-05-19105 22 98 72 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SA Mine LARAKI Ghita 142. Bd Abdennadji Boutaleb Route d'Azemmour Collé à la Fournière Hay Hassani - Casablanca Tel : 05 22 90 38 38 - Fax : 05 22 65 81 23	23/10/21	406,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	25533412 00000000
	21433552 00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

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



الدكتور الشريبي محمد شكيبي
عيادة أمراض الأنف - الأنف - الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
82, زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عماره رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدار البيضاء، في: ٢٤/١٥/٢٠٢٣ Casablanca, le :

LOT 211096
EXP 04 2025
PPV 90 50

LOT 21C17 1
EXP 03 2024
PPV 51.50 DH

90.50	1)	Xyall Tyle bil f'Am - S.D	TOTAL 406.90.
51.00	2)	Xam Kham 30 S. 1/2 Jut et for.	
185.00	3)	SIFLU 20 S. 2 Buff. Nat et for.	
299.90.	4)	TOUDEX 12 à 5 réc S.M	

LOT 058619/FC2
09/2022 PPC 79,90

LOT: GB10601
PER: 02/2024
PPV: 185 DH 00

A blue ink stamp from 'SOCIÉTÉ SAHEL' is visible on the left side of the page. The stamp contains the text 'SOCIÉTÉ SAHEL' at the top, followed by 'SOCIÉTÉ ANONYME' and 'Casablanca - Maroc'. Below the stamp, a handwritten signature is overlaid, appearing to read 'et S. S. SAHEL'.

Centre de réadaptation
Spécialisé O.R.P.
Tél: 0522.25.74.00