

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

tions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5626 Société : RAy

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Blitti Hassan

Date de naissance : 18/11/60

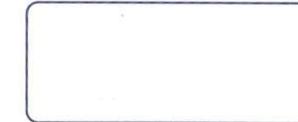
Adresse : Hay you ssi Res Msd Rm 3 no. 17

Tél. : 067498206

Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : CA&A Le : 01/11/21

Signature de l'adhérent(e) : CD M HMI



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue		AN
Lot 341, 1st Semester 1989/1408 Grande Jamareh Street Sayyid Mohammadi 11.97		
28)		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le: 27/10/2021

Dr.Ahmed LAKLAECH
Médecine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tel:05 22 62 81 38

DR LHM. Oralime

Rx Ju D 241 El Mouatidine
Centurion Le Maroc
Lot 241, Lottissement El Mouatidine
31e Grande Centurion D'arrondissement
Hay Mohammadi Casablanca
05 22 62 81 38

Dr.Ahmed LAKLAECH
Médecine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tel:05 22 62 81 38



مركز الفحص بالأشعة الحزام الكبير

CENTRE DE RADIOLOGIE LA GRANDE CEINTURE

Radiologie Numérique - Opacifications - Echographie - Echodoppler - Mammographie
Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Scanner - IRM

Dr. ZNIBER Kamar

Casablanca, le 28/10/2021

Facture N° 7050/2021

Nom patient

: DRIHMI CHAIMAA

Examen(s) réalisé(s) :
RX THORAX DE FACE:

Montant : cent cinquante (150 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT CINQUANTE DHS

RADILOGIE LA GRANDE CEINTURE
Lot 341, Lotissement El Mouahidine
Rd La Grande Ceinture Nef Daroudissement
Hay Mohammadi - Casablanca
Tel : 0611.37.289 / 0615.58.9



مركز الفحص بالأشعة الحزام الكبير

CENTRE DE RADIOLOGIE LA GRANDE CEINTURE

Radiologie Numérique - Opacifications - Echographie - Echodoppler - Mammographie
Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Scanner - IRM

Dr. ZNIBER Kamar

Casablanca, le 28/10/2021

Patient : DRIHMI CHAIMAA Age : 22ans.
Médecin Traitant : DR AHMED LAKLALECH

RX THORAX DE FACE

Résultats :

- Absence d'opacité parenchymateuse systématisée en foyer décelable.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.
- Culs de sac pleuraux libres.

Merci de votre confiance.
Signé DR ZNIBER
Centre de Radiologie La Grande Ceinture
Bd la Grande Ceinture, Lotissement Al Mouahidine
Hy Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 66 31 33 - GSM : 06 61 39 99 01 - 06 62 13 70 10
Email : radiologiegrandeceinture 447@gmail.com - INP : 091042754 - ICE : 001731220000002