

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

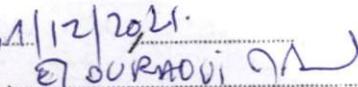
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-663478

105979

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 02739	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : 1-3
Nom & Prénom : ELOURAOUI		
Date de naissance : 15/01/57		
Adresse : 2 lot F Firdaus Allée des Nefliers Aïn Sebaï Casablanca		
Tél. : 0661098629 Total des frais engagés : 315,90 DH		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	 Dr. Mohamed CHIKARMOU 11 Angle Rue Sidi El Hachemi Youssef Ben Tel: 022 / ...		
Cachet du médecin :	 31/12/2021 Elouraoui 02739		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Grippe		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **02739**

Le : **31/12/2021**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
31/12/2021	V	1	290 N	INP : 091041988
				Dr. Mohamed CHARMOLI Angle Rue Zebda - G

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CITRONNIERS Dr. LOUAI ASSI RABAB 29 Allée des Citronniers Al Sebaa - Casablanca tél.: 05 22 34 46 70	31/12/21	95,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

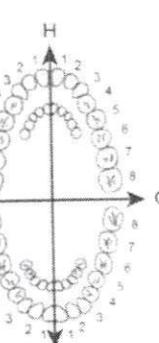
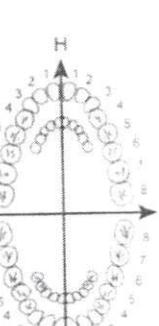
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

BELLEVE 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'importance.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

DR CHKARMOU MOHAMED

Diplôme de Médecine du travail
Expert Assermenté près les Tribunaux
MEDECINE GENERALE
11. Angle Rue Zineb Ishak Bd Hassan
Alaoui et Bd Youssef IbnouTachfine
CASABLANCA
Tél: 05 22 62 02 92



الدكتور اشكارمو محمد

خريج كلية الطب بنانسي
خبير محرف مقبول لدى المحاكم
الطب العام
11. زاوية زينب أسياق، شارع حسن
العلوي و شارع يوسف ابن تاشفين
البيضاء - الهاتف : 05 22 62 02 92

20,00

CASABLANCA.LE

21/12/2021

- Fer Vex Sachy

35,00



15 x 2 f

PPV 400H90

EXP 07/2024
LOT 15038 50

20 comprimés effervescents

- Inhalation de vicks - vaporiser

40,00



- Zineraskeu

1 g le cas



PHARMED LOT : 2325
UT.AV : 08-24
PPV : 20DH00

F. 95,00

PHARMACIE DES CITRONNIERS
Dr. ELOUATTASSI RABAB
39 Bis ALLÉ des Citronniers
Anfa - Casablanca
Tél.: 05 22 34 46 70

