

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° W21-668619

AAA 619

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1F676	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KALAI NATAJ			
Date de naissance : 13/01/1956			
Adresse : 86 VILLA D'ANFA 2 DAR BOUAFIA			
Tél. : 0661238384	Total des frais engagés :	595,30 Dhs	

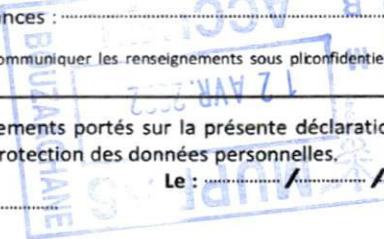
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	affection OVL		
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes INP : 09166561
07/04/22				<i>DR. NASEEM SOHAIL MEDICAL CLINIC ROUTE NO 522/22</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Faciale du Complexe Jyoti Kadirinagani fatima Moham</i> 63, Rue Mymuna	07.04	3145.30
	2022	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

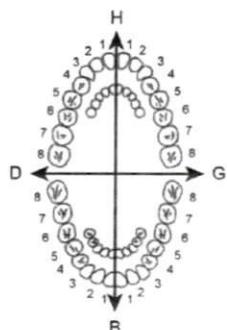
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

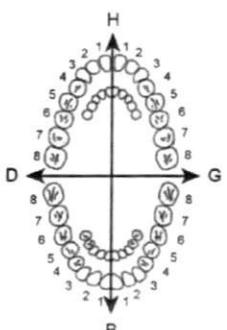
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAUX



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

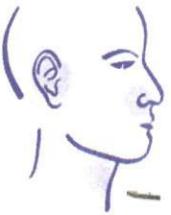
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologue
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdité
vertige - Trouble de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نضيف

اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف

الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق

تشخيص و علاج الصمم

الدوخة - اضطرابات الصوت

الفحص بالمنظار

الشخير و الحساسية

ORDONNANCE

07/04/2022

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في :

EL KALAI NAJAT

Pharmacie du Complexe
Dr. Kadiri Hassani Fathia
63, Rue Mamoun Youssef
Casablanca

13200

1) Clageu 500 mg x 8
7990 1 CP x 2 g. pot/08

2) Filorex 800 mg

10900

1 CA x 30g pot/15

3) Physiomer Spray

8900

1 pulv x 2 g pot/15

4) Rivalin 80 mg

345,30

3 g x 2

Dr. NAWAL NADEF
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE PLASTIQUE
ROUTE EL JADIDA - ESPACE HOUSSAM
1^{er} ETAGE N° 1 - CASABLANCA - ICE : 00181297000000
TÉL.: 05 22 99 62 09 - FAX : 05 22 2507827

Route EL Jadida - Espace Houssam

1^{er} Etage N° 1 - Casablanca - ICE : 00181297000000

Tél.: 05 22 99 62 09 - Fax : 05 22 2507827

132,00



8 032578 479515

Lot : 210782
À consommer
avant le : 10/2024

PPC : 79,90 DH



IMPORTER & DISTRIBUTOR:

S.I.C.
Bldg n°56 - Stre
Maadi - Cairo -
Registration n°156

الغولان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA

PPC : 109 DH 00



3 564300 001039

LOT

PER

PPV

10009033

2021 04

2024 03

LOT:

24140

PER:

PPV: