

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° W19-544733

MUPRAS

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1008A	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RATBAOUI EL MAHJOUB			
Date de naissance : 03 - 05 - 1963			
Adresse : SALMIYA II			
Tél. : 066 113 08 56	Total des frais engagés : 100000 Dhs		

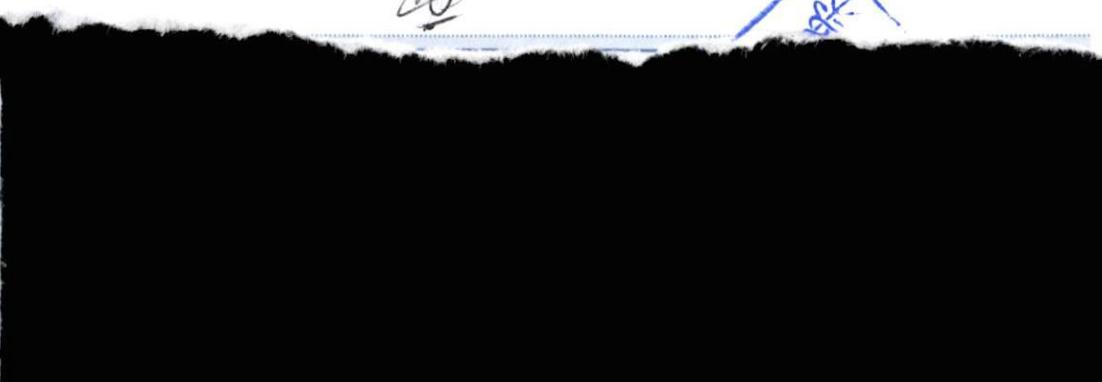
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL GARA NAJAT			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser 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 : CASABLANCA

Le : 21/04/22

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mise. L. H. T. Pharmacie 86, Rd. El Joulani Sidi Othmane - Casablanca Tél: 05 22 38 21 70	13/4/2022	1060,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

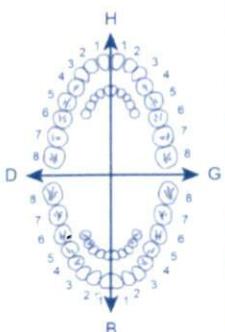
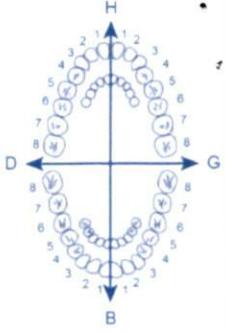
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>																	
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

فاتورة 0008051

في 13/04/2022

الطباطبائية
PHARMACIE CALMIA
Mme. L. Othmari - Tizi
Pharmacierne
83, Rd. El Joulane - Calmia Tizi
Othmari - Casablanca

السيد:

الواجب	الثمن	نوع البضاعة	العدد
1		jamumet 50/1000	437,00
1		Forseiga	563,00
T= 1000,00			

Docteur MOHAMED BELFATMI

الدكتور محمد بالفاطمي

D'un Diabétologue

-D.U en Nutrition

Membre de la société Francophone de Diabétologie

- Ex. médecin chef de l'unité de Diabetologie

Au Centre Hospitalier Moulay Rachid

- Diplôme en Echographie

Spécialiste en médecine de travail

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في السفارة

تفضي الحدائق الفرنكوفونية لذات السكبة

رسالة وحدة النسخ

بالمركز الاستشفائي مولاي، شنت سانقا

شیوه الفهم

سیاره‌ها و سیاست‌ها

احصائي في طب السفل

Casablanca le 08 MAY 2022 الدار البيضاء في

P. Majat ELGARIA

→ Educate stakeholders

- Jeanne Johnson

- FORS1GA 13
S.V. ~~13~~
F 63,00 ✓

- ~~Virtual talk~~ ~~Virtual talk~~ ~~Virtual talk~~

Woffal 75,00

75.00

666.80

60-1315,00

شارع ضيوف (العنوان السابق) ٥٤٦
0522565661/ Email: dr.belmoha@gmail.com
Boulevard Feda Guemna Ex : Bd N°N° 546, Casablanca Cite Djamaa
Tél.0522565661/ Email : dr.belmoha@hotmail.fr

Tél. 05 22 56 66 01 E-mail : dr-belmoha@hotmail.fr

PARAPHARMACIE
ICHTHÉOPHARMA
N°15, Bde 33, Salmia II

10
Forxiga®
5
Forxiga®

P050592

Maphar
Bd Alkimia N° 6. QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 563,00 DH



118001 185023



P050592