

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 *(FACTURE)* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9266 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : EL M.A.T.A.CI D.R.SS
Date de naissance : 04-53
Adresse : D.N.A. 201 B R.W.E
Tél. 06 22 20 64 73 Total des frais engagés : 650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2022

Nom et prénom du malade : MEHDI HADDOUZI Age : 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. H.H. MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

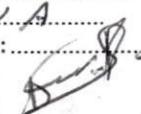
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DR. R. A.

Le : 15/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



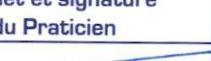
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/04/2022				 Dr. BEN ELHAFI HASSAN Chirurgien Orthopédiste Traumatologue الدكتور بن الحفيظ حسان مختص في جراحة العظام 00 66 19 20 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

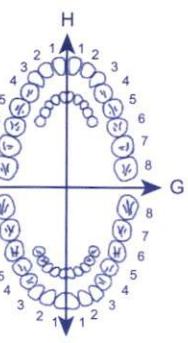
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	16/4/22					650,00

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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'EXÉCUTION

Dr. BEN ELHAFI HASSAN

Médecin Spécialiste

En Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

✓ Chirurgie et Maladie Des Os et Articulations

✓ Chirurgie Prothétique et Des Rhumatismes

✓ Mal de Dos et Maladies de la Colonne Vertébrale

✓ Chirurgie de la Main, Coude, Epaule ,

Hanche, Genou, Cheville et Pied

الدكتور ابن الحافي حسن

طبيب إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

أمراض و جراحة العظام و المفاصل و الكسور

جراحة تقويم العظام و تعويض المفاصل

جراحة اليد، الكتف، الورك، الركبة و القدم

جراحة الروماتيزم

الألم و أمراض العمود الفقري

Mohammedia le :

16/04/2022

J. MERSAK. IChaddy

Sami SW. Samiell

Orthopedist



Dr. BEN ELHAFI HASSAN

Chirurgien

Traumatologue - Orthopédiste

الدكتور ابن الحافي حسن

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

Télé.Urgence : 00.66.19.20.04

PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>

Date: lun. 16 mai 2022 à 10:53

Subject: ACCORD SEMELLE

To: clubretraitesram@gmail.com
<clubretraitesram@gmail.com>

Bonjour

L'accord de semelle orthopédique de Mme MERZAK
KHADOUJ est accordé.

PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>

Date: lun. 16 mai 2022 à 10:53

Subject: ACCORD SEMELLE

**To: clubretraitesram@gmail.com
<clubretraitesram@gmail.com>**

Bonjour

L'accord de semelle orthopédique de Mme MERZAK
KHADOUJ est accordé.



MARZAK KHADOUJ

FACTURE : 780/22
Date : 31/05/2022

Code	Désignation	Qté	P.U. H.T	TOTAL H.T
SO	SEMELLES ORTHOPEDIQUES	1	650,00	650,00
				TOTAL HT 650,00

VENTE EN EXONERATION DE LA T.V.A ARTICLE 91-VI-2 DU CODE GENERAL DES IMPOTS

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Casablanca : 330, Bd oued Eddaoura
Lot Haj Fateh - El Oulfa
Tél. : 05 22 930 685
GSM : 06 00 600 231

E-mail : medior78@gmail.com

ICE : 00203059500081
RC : 409501
TVA : 36047845
IF : 26090711