

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-716988

119269

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11082 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED			
Date de naissance : 29.02.1978			
Adresse : 155 RD La giroude			
Tél. : 0687856048 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Doutor J. HAWROCKE Médecin Général 1,Rue Kourich Sidi Moussa Tél : 023.56.20.31 - Aut N°: 5609 INP:051115457		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/06/2022		
Nom et prénom du malade :	DAHMANI MOHAMED		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Vericelle grasse, le nez		
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 : CASA Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le : 17/06/2022



DIMYONI AHMED

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
13/06 2022	G1		720 DH caution DH	IN : 06/06/2022 Docteur S. NATROCKI Médecins Générale 1, Rue Kourouch - M'Jadra Tel : 023.56.20.31 Aut N°:5683 NIP: 0611115457

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/6/22	423,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

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	<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>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
G																							
B																							
				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'EXECUTION

ZENITH Pharma
PFC - 56,70,10H

Jawad
Docteur Jawad NAWROCKI

الدكتور جواد نوروكي

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Katowice
Ancien Médecin Chef de la zone IV
à Casablanca
Ancien Interne des Hôpitaux
de Zakopane et Katowice

الطب العام

خريج كلية الطب بتونس
طبيب رئيسي سابق بالمنطقة الرابعة
بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات زكوبان وكتويس

Nom et Prénom :

0632494306

- NFS Plaquettes + Frottis
- VS
- CRP
- Fer Sérique
- Ferritine
- Vitamine B9
- Vitamine B12
- Urée - Creatinine
- Glycémie à jeûn
- HbA1c
- Acide Urique
- Cholesterol total + HDL-LDL
- Triglycerides
- Transaminases
- Gamma GT
- Ionogramme sanguin
- TSH us T3 - T4 L
- Vitamine D2 + D3
- PSA Total
- Groupage ABO - Rhésus
- Chimie urinaire + Nitrite
- TROPONINE
- D-DIMERES

- Sérologie de l'Hépatite A (IgM)
- Ag HBs
- Sérologie de l'Hépatite C
- ECBU + ATB
- BW - TPHA
- Toxo - Rubéole
- Listeriose
- Latex - Waaler Rose
- Ac anti-nucléaires - Ac DNA
- ASLO
- IgE Totales
- Test d'allergie alimentaire
- Test d'allergie respiratoire
- Ag HP dans le selles
- Sérologie HP
- Test respiratoire HP à l'urée 13C
- Coproculture
- Parasitologie des selles x3 jours
- Rotavirus dans les selles
-
-