

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Matricule : *9576* Société : *R.A.M*

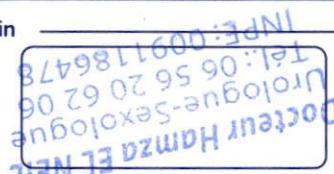
Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *AARIZA Bustapha*

Date de naissance : *18-05-1959*

Adresse : *Zetialement AL KHOBZAMA 81 N° 92*

Tél. : *0641 899393* Total des frais engagés : *364,20* Dhs



Cachet du médecin :

Date de consultation : *28/04/2022*

Nom et prénom du malade *AARIZA Bustapha* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Symptome de bas appendicite*

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 : *21/04/2022*

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
28/04/22	G			<i>Docteur Hamza El Boulli Urologue-Sexologue Tel.: 06 56 20 62 06 INPE: 0091186478</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>EXPIRATION DE L'EXTENSION DU 05/05/2023</i>	28.04.22	364,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'

ture des soins.

Important :

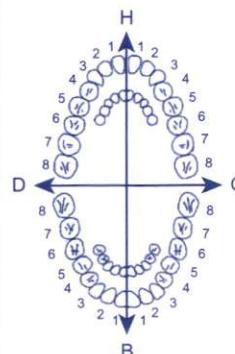
Veuillez joindre les radiographies en cas de prot

is, ainsi que le bilan de l'ODF.

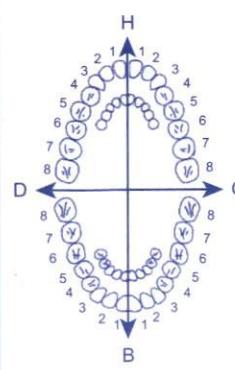
LOT 211325
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH

LOT 211326
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH

LOT 211325
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT
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

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

28/04/2022

M' Amrige Mostapha

12740x3
1) Umax 0,4 mg SP A'S
2g le 20m pl 3 mois

Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

364.20



إقامة المولد 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقي شارع أنواع وشارع عبد المؤمن - الدار البيضاء
Résidence Al MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 • Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen • B.P. 20340 • Casablanca
Tél.: 0522 23 42 97 • Urg : +212 656 206 206 • elneilhamza@hotmail.com • N° ICE : 00275242500008 • INPE : 091186478