

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.

(MS 22)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11590

Société : RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADIL ANAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0529 912481

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

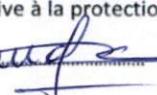
Nature de la maladie :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 21/06/22

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
18/06/2012	Consultation	1	55000	INP : 100% remboursé Signature : Dr J. B. L'Hostis

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AM CHOCOLATIERES TEL: 0533 07 25 48, RUE 1 LOT HERBLIN DES GRES SOCIETE AU BARRAGE NORD CASSE	10/06/23	580,10

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	

VIOLET ADHERENT

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 : []										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
				MONTANTS DES SOINS []										
				DEBUT D'EXECUTION []										
				FIN D'EXECUTION []										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	<hr/>		B	00000000 00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
H	25533412 21433552													
D	00000000 00000000													
<hr/>														
B	00000000 00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										

Docteur RAQUI Halima
Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale
Diplômée en Diabétologie
Faculté de Médecine
de Montpellier

Hay Sadri - Lot. 83 Groupe 5
1er étage - CASABLANCA
Tél : 05 22 70 88 31

الدكتورة راقي حلية

الطب العام

حائزة على شهادة الفحص بالصدى
حائزة على دبلوم داء السكري
من كلية الطب بمونبولي

حي السدرى تجزئة 83 مجموعة 5
الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 70 88 31

الدار البيضاء في

~~PHARMACEUTIQUE ALMADI CASABLANCA~~
~~DOCTEUR RAQUI HALIMA~~
~~48 Rue 1er étage~~
~~Ain Chicha 83000 CASABLANCA~~

PPV: 55,00 DH
LOT: 599311

Lot N°: 0609000147
FAB: 06-2021
EXP: 06-2023

PPV: 149DH00

Lot N°: 066R040B
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023
PPV: 149DH00

PPV: 14DH00
PER: 03/24
LOT: K954

PPV: 14DH00
PER: 02/23
LOT: J363

52,90
52,90
52,90

Méthimazole 50 mg / Siméticone
P.P.V.: 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA

010522501257
Habib Bourguiba
Almadi Casablanca

LOT 201588
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

LOT 210604
EXP 12/2023
RPV 52.80DH

6) ~~celos~~ ~~celos~~
M. A.