

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 (ALD) :

- 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° W19-541117

121470

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1920	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	(Veuve Akanour) Mme CHAOUI NEZ HAI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	01/01/1958		
Adresse :	57 Rue Chakkaik ENNOUAYANE	3 ^e étage App. 9.	
Tél. :	06 99 51 58 95	Total des frais engagés :	DT 430,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	CHAOUI NGELIA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	AFFECTION OYSTERICOSIS		
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

Signature de l'adhérent(e) : Dr. EL MAHMOUD HUSSEIN

Le : 14/04/2011



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
14/06/22 CIS		Bo. 0064	INP : 4112A Dr. ABDERRAHMANE MAMOURA, M.D. Chirurgien-dentiste - Dentiste N° 3 ED Oum El Rabii El Oueda Casablanca Tél : 0524 55 55 55	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAMOURA CASABLANCA A. BONJOL HAB B. Bd EL MILIA 05 22 31 33 33 CASABLANCA	14/06/22	130.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

NEOFORTAN® 160 mg

Le praticien est p... lot: PPV: 98DH80
Important : EXP: 10/2024
Veuillez joindre le PPV: 4112A
de tra...
32100

SOINS DENTAIRES

Traitées	Sous	Coeff

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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

Dr. Farah MAHMOUD HUSSEIN

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien médecin aux CHU Ibn Rochd



الدكتورة فرح محمود حسين

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le :

24/01/2022

الدار البيضاء، في

Mme Mme CHAOUIS MEZHA

32,00

21 - En carbon cop



08,80

2mg x 110 pdr 6g

10 13,80

21 - Meloforban 160 mg



DR FARAH MAHMOUD HUSSEIN

0522 65 89 69

0522 39 69 60

3, شارع واد الريبع تقاطع شارع واد درعة الطالق الأول - الولفة - الدار البيضاء
3, Bd. Oued Oum Rabia (Intersection Bd. Oued Derâa) 1er Etage - Oulfa - Casablanca

✉ farahhussein_554@hotmail.com ☎ 0522 65 89 69

المستعجلات مصحة ياسمين : 06 58 82 50 93 ☎ 0522 39 69 60 للرسائل