

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 | adhésion@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° W19-550185

Caract.
C90070

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5960

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAIKI ABDELAZIZ

Date de naissance :

11/02/1962

Adresse :

34, Rue 17 Sidi El Daj Hdy Hassan Casablanca

Tél. : 06 74 68 39 35

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZAABOUL ROUMAISSE
Médecin Interniste
CHIRURGIE - CASABLANCA

Date de consultation : 01/07 / 22

Nom et prénom du malade :

STHMANE FAIKI

Age : 18

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CVDI9

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

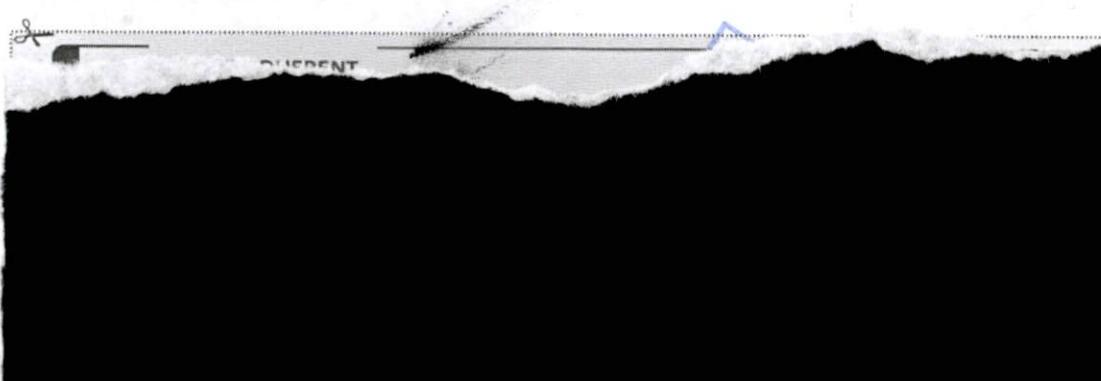
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : 

Le : 01/07/22



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
10/10/2024	CS	/	A	INP : 09004664 Dr. ZAABOU ROUMAISSAA Médecin de famille CHU IBN ROBIN SABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAFIR CASABLANCA SARL AU DOCTEUR BOUCHRA ALAOUI 100, Rue Aït Benhaddou Sekelia Oulfa Casa - Tél.: 0522 90 71 60	01/07/2022	3121.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de radiographie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the DNA double helix structure. The two strands are labeled A (top) and B (bottom). The nitrogenous bases are shown as colored ovals: Adenine (A, purple), Thymine (T, yellow), Cytosine (C, green), and Guanine (G, blue). The bases pair between the two strands: A pairs with T, and G pairs with C. The major groove is the larger space between the strands, while the minor groove is the smaller space. The phosphate groups are represented by orange circles attached to the deoxyribose sugar rings.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTRIBUANT L'EXEMPTION



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le: 01/07/2022

ORDONNANCE

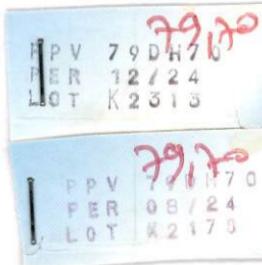
Docteur :

Othmane



PHARMACIE AL HAKIM CASABLANCA
SARL AU
DOCTEUR BOUCHRA ALAOUI
100, Rue Angle 64/16, Lot. Sekellia
Quifla Casa - Tél.: 0522 90 71 60

79,70 D 02
1) Azix 500mg g
159,40



52,40
2) SNECTA sachet
36,70 1 sachet/jr pendant 1 semaine



3) DECIRYL PPV 34DH70
1 Cas x 210,60

EXP 08/2024
LOT 18038 5



4) OFLOTIC solutio auriculae auricularis
317,10 Lunidose 10ml

