

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.

N° W21-688154

187845

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07516

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HOUCINI HASSAN

Date de naissance :

01.01.1962

Adresse :

64 Rue Provins - ETAGE 7 - N° 12
Belvédère, Casablanca

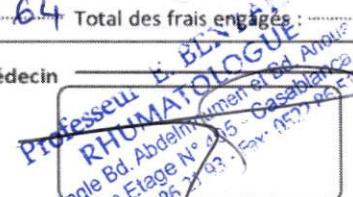
Tél. : 0612 64 94 64

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17

AOUT 2022

Nom et prénom du malade :

Elhouchini Hassan

Age: 21

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

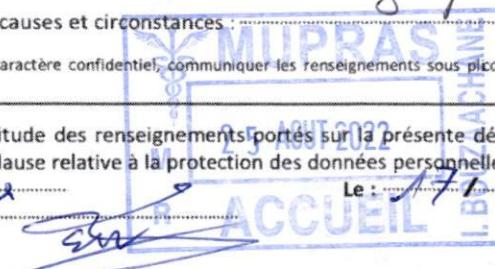
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 17/08/2022

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
7 AOUT 2022	h3		3500H	INPE INP : 091034411 Professeur E. BLODGETT RHUMATOLOGISTE Dr RA Abdelmoumen et Bd. AY TAIF 10550 - Saudi Arabia Mobile: 055 055 055 055

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/22	

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

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 l'ODF.																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																		
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																		
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																		
ODF PROTHESES DENTAIRES																																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25633412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25633412	21433562	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	H	25633412	21433562																															
	D	00000000	00000000																															
	B	00000000	00000000																															
		35533411	11433553																															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os, des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا



الدار البيضاء في :

Casablanca, le :

PHARMAS
LOT : 5550
UT.AV: 12-23
PPV: 36DH40

rénom :

Echouani Asma



122.80

20) Sac rouge

94.80

age 17

épée

30)

New flex

épée

254.90

app



14.50x2
for Panadol

24 26(7)

SV

283.00

8 10



Praticien: E. BENYAHYA
RHUMATOLOGUE
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual
4^{eme} Etage N° 405 - Casablanca
Tél: 0522 96 21 93 - Fax: 0522 96 51 75