

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 soin 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 |

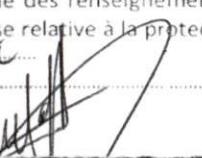
N° W21-721112

128763

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03705	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SAFFIH Abdelkader
Nom & Prénom : SAFFIH Abdelkader			
Date de naissance : 01/01/1959			
Adresse : Rue 88 n° 17 groupe C Eloufa Casab			
Tél. : 0661942246	Total des frais engagés : 403,00		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
Date de consultation : 18/07/22	
Nom et prénom du malade : SAFFIH ABDELKADER	
Age : 64	
<input checked="" type="checkbox"/> Lien de parenté : Fils	<input type="checkbox"/> Lui-même
Conjoint : <input type="checkbox"/>	
Enfant : <input type="checkbox"/>	
Nature de la maladie : Diabète	
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 la mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casablanca Le : 08/09/22
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
18/05 2022		C1 = 200,00	INP : B1 Sociale ECO 1 Lou. Rue 12 05 22 51 12 05 02 03 34	00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. BINTI JAZFAR PHARMACIE TAN MASABLANCA Souscription	18.07.22	203.20

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 pratique en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
DOF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433582 00103700 G 00000000 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكينة

Médecine Générale

Diplomée en Echographie

par l'Université Hassan II

Médecine de travail

Pharmacie TAM

Dr. Bennani Jaafar

Bd. Oued Sebou - Oujda

CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77

Tel : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

من جامعة الحسن الثاني

طب الشغل

Casablanca, le :

18/07/2022

الدار البيضاء، في :

Saffi El Aïd El Kader

60.00

1) Enteozermia

32.50

1 sachet 30 comprimés

2) Metrozal 500 mg

52.40

1 sachet au flacon

3) Smecta

58.30 1 sachet Antidiarréique

4) Megacef 100 mg

شارع واد سبو - زنقة 174 - رقم 65 - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المحمول : 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043

sanofi-aventis Maroc

ROUTE DE RABAT - R.P.1.

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA SUSP OR FL5ML B10

P.P.V. : 60DH00



6 118001 081653

METROZAL®

Méthazolamide 500mg

Date de 20 Comprimés

P.P.V. : 32,50 DH



6 118000 190967

SMECTA ORANGE VANILLE

3G SACHET B30

P.P.V. : 52DH40



6 118000 011460

LOT : 8119

UT. AV : 04-24

P.P.V. : 58 DH 30



- 5) Edges up
18 JTS & 12e
- 6) Apexes up
Orphelia & 12e.

~~MR. TAN SENG KIAN
Medicine Pte Ltd
82 Queen Street, Singapore 039002
Tel/Fax: 65 434 2313/2314
INN: 999 01 19 23 100 202103 000222~~