

RÉCOMMANDATIONS 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 radiographie 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 |

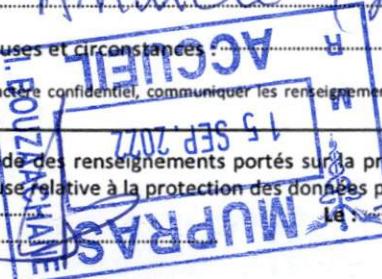
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-730821

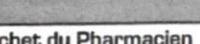
REG 747

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	03021	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELHAJ EL (Houssine)			
Date de naissance : 01/01/1958			
Adresse : RABEN DUKKI			
Tél. : 0626 88 75 42	Total des frais engagés 711,80 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation :	Nom et prénom du malade : BEL HAJ Zehra		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Anxiété sociale			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT			
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 : 05/09/2022
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
14/04/2022			15000	INP : 091040824

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 JAMALI MOHAMMED TAOUFIK Bd. Al Fouarat, Hay Al Dads, C. C. E. L. Qods Casablanca - Tel. 0522 76.7.7	14/09/22	661,80

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				PPV.: 145DH50
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
COTE DES SOINS				Lot N°: 4401 EXP.: 04/24 PPV.: 145DH50
MONTANT DES SOINS				36,70
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				36,70
COEFFICIENT DES TRAVAUX				36,70
MONTANT DES SOINS				36,70
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				13/01/2013
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				AVLOCARDYL 40MG CP SEC 850
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				P.P.V : 41DH80

Docteur Hassan CHEFFI
Médecine Générale

Diplômé en Echographie
 de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشفي
الطب العام

دبلوم في التشخيص
 العلمي بالصدى جامعة مونبلي

PHARMACIE FOUARAT
 Casablanca, le
 EL JAMALI MOHAMMED TAOUFIK
 18d. Al Fouarat, Hay Al Qods, C.C El Qods 2
 Casablanca Tel.: 0522 76 00 63

14/09/22

EL HAJ Zahra

3x 145,50 Quin 20150
 2enf le. AS

5x 36,70 Androlong
 1/2 - 1 le. AS

41,80 Avlo Candy le.
 1cnf AS

661,80 le. AS

أمام مسجد للافاطمة الزهراء) سيدى البرنوصي - الدار البيضاء
 Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) AS
 الهاتف: 05 22 73 78 51

HASSAN CHEFFI
 Médecin Généraliste
 Rue 23 N° 69, Hay El Qods en face
 Mosquée Fatima Zahra, Sidi Bennoussi, Casablanca
 Tél.: 0522 76 00 63, 78 51