

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-727741

132552

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 13182	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHAIB NAJHA		
Date de naissance : 03/08/1991		
Adresse :		
Tél. : 0658 959 253		
Total des personnes engagées : 333/5		
Dhs		

<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> </div> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : Abderrazik Nouria Age: _____</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>

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 : **CASA** le : **14 SEPT 2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. HORMAT Noureddine
Médecin Agréé Permis Conduite
51, Rue Ben Nafis Maâfi - Casablanca
Tel. : 05 22 25 81 62



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			100	<p style="text-align: right;">INFORMATIQUE</p> <p style="text-align: right;">Médecin Généraliste</p> <p style="text-align: right;">Spécialisé Maître Casabianca</p> <p style="text-align: right;">Signature : 22 25 81 62</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMR INIMERY Pharmacie des Bauxes A de Normandie et Im Casablanca - Tdj	14.10.2022	133,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
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 HONORAIRE															
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.															
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées [Empty box]	Nature des Soins [Empty box]	Coefficient [Empty box]	INP : [Empty box] / [Empty box]											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 10px;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 10px;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"> D 00000000 </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"> B 35533411 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"> G 00000000 </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"> B 11433553 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000	B 35533411	G 00000000	B 11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
						H 25533412 00000000	G 21433552 00000000								
						D 00000000	B 35533411								
						G 00000000	B 11433553								
						MONTANTS DES SOINS									
						DATE DU DEVIS									
						DATE DE L'EXECUTION									

Dr. HORMAT Noureddine

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss Angle (ex Jura et Faucilles)

Maârif - CASABLANCA

Tél : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مقبول لرخصة السياقة

51، زنقة ابن النفيس

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 81 82

14 SEPT 2022

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

HORMAT Nafis



49,00

(S 1)

PHARMED
LOT : 9849
UT.AV : 06-25
PPV:21DH00

21,00

(S 1)

LOT: M21148
EXP: OCT 2024
PPV: 45,50 DH

44,50

(S 1)

18,00

(S 1)

LAMAK INTERVENT
Pharmacie des Familles Angle Roulol
de Normandie et Imam Tahar
Casablanca - Tel. 05 22 25 05 62

HORMAT Noureddine
Médecine Générale
Médecin Agrée Permis Conduire
51, Rue Ibnou Nafis Maârif - Casablanca
Tél. 05 22 25 81 82

PPV 18 DH 00		PER 04 / 25
L 918,00		14 23
S 1		