

REMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditionnelles :

- Le carcé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le carcé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La val la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entéable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extraoultiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que ps les actes effectués en série.
- En cadent, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmaci

- Les vijes médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour icaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiobiologie :

- La fosci qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointe à l'ordre de la facture pour toute demande de remboursement.
- Un plintiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mut

Optique :

- L'ordre du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducat

- L'entéable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réedu
- Pour busement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire

- En carothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La racs soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie Longue Durée ALD et ALC :

- La dén de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

AdrMails utiles

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| ○ Réclai | : contact@mupras.com |
| ○ Prise ge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhéshangement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

N° W19-418866

133006

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 52 48

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOUAFFAK KHADJA

Date de naissance : 28/02/1953

Adresse : Rue larache n°61 Appart n°15 Hay Es Salam Casablanca

Tél. : 0624542227

Total des frais engagés : 1675,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : NOUAFFAK Khadja

Lien de parenté :

Nature de la maladie : H. HANAMI

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

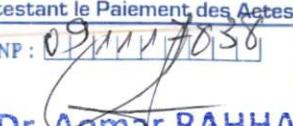
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/10/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05.10.22	CS	250	INP : 091117038  Dr. Aomar RAHHALI SPECIALISTE Endocrinologie-Diabétologie Tél : 0522 31 02 75 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES 95 Bd. Mohamed V

Cachet pharmacien ou kinésithérapeute	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ALAMI Mme Alami Soum Samira Docteur en Pharmacie 13, Rue Annarjis Beauséjour Casablanca Tel. 05 22 55 85 50	10/22	1425,10

INP 092003458

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet nature du Laboratoire Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

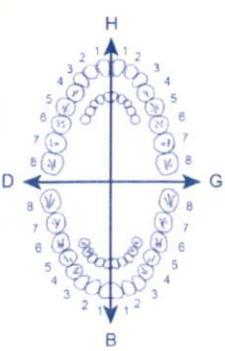
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DÉBUT D'EXÉCUTION [REDACTED]
				FIN D'EXÉCUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Coefficient des travaux [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXÉCUTION [REDACTED]

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
6 118001 082049

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
6 118001 082049

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335