

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10526	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KAÏMEZ - ABDELLAH			
Date de naissance : 20/05/1974			
Adresse : Avenue 6 NOVEMBRE 1955 EL OULFA CASABLANCA			
Tél. : 06 233 91 20	Total des frais engagés : 2150,50		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr HICHAM Rachid Médecine Générale 295, Av Oued TIZNIT El Oulemia Casablanca Tél 06 66 80 66 Mobile 091076893			
Date de consultation : 21/10/2022			
Nom et prénom du malade : KAÏMEZ ABDELLAH Age:			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète type II + Asthme			
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 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 : 21/10/2022

Le : 21/10/2022

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
21/10/2022	Cn		200.00	INP : INPE:091076893 دكتور الحسيني رشيد Dr HICHAM Rachid Medecine Générale 295, Av Oued Tafit Cité Oulala Tel: 66 66 80 66 2476893

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAH EDDINE <u>Mme HASSOUNI Selma</u> <u>Docteur en Pharmacie</u> <u>56, Bd Oued Sbou Oulfa</u> <u>a ablanca Tel 05 22 90 50 06</u>	21/11/2022	1310,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] []														
				Coefficient DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HICHRI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)
Cité El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحرishi رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)
حي الأملة. الدار البيضاء
الهاتف : 0666 80 76 66

PHARMACIE SALAH EDDINE

Mme HASSOUNI Selma

Docteur en Pharmacie

56, Bd Oued Sbou Oulfa

Casablanca Tel 05 22 90 50 06

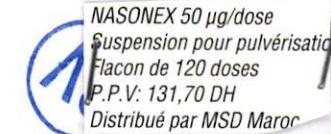
Casablanca, le :

21/10/2022

الدار البيضاء، في :

Mr KAÏMÉZ ABDELLAH

131,70 × 2 1). Nasonex 50mg (09/2022)
1 puh x 2 j



248,00 2). Seretide 250
1 Bauffée x 2 j



18,00 × 9 3). Diafarmine 850mg (09/2022)
1 rep x 2 j



68,80 × 5 4). Odia 4 mg (05/2022)
1 rep 1 j



10,20 × 3 5). Cetamyl 500mg (03/2022)
1 rep 1 j



27,50 × 3 6). Spasfon (Dr HICHRI Rachid
Mr KAÏMÉZ ABDELLAH
Av. Oued Tansift 24
Casablanca Tel 05 22 90 50 06
NPV: 27,50)

27,50
27,50
27,50

390,00 × 2 ⌂. Galvus 50mg (02 Boîtes)

19 10,50

نـ ٢٦

1S

دكتور الحرسني رشيد
Dr HASSANI Rachid
Medecine Générale
295 Av Oued Sbou Oulfa
Casa Tel 091076893
INPE 06 66 80 66

PHARMACIE SALAH EDDINE

Mme HASSOUNI Selma

Docteur en Pharmacie
56, Bd Oued Sbou Oulfa
Casablanca Tel 05 22 90 50 06

