

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 630

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJI L MOHAMED

Date de naissance :

01-01-1944

Adresse : CHERAM RUE 1 APT. 1 TA 80 OUT FA CSA

Tél. : 06.70.98.62.80

Total des frais engagés : 263.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16 NOV 2022

Nom et prénom du malade :

Dr. MOUTAMID Omer

Age : 78

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dépt Mohamed

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

Le : 16/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SA

SA



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
16 NOV 2022		150 dh		 Dr. MOUATAMID Oufia Médecin Généraliste Echographie Miss Groupe B1 imm 11 Oufia - Casablanca 22 55 44 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACHE SOUTHANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL Dufa - Casablanca Tel.: 05 22 89 09 63 Fax: 005002460000	16/11/29	113,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 :

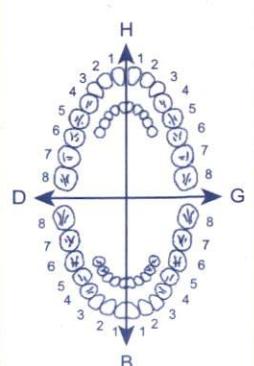
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور معتمد عمر

- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire

- الطب العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca, le 16 NOV 2022 البيضاء

~~Appt. Sphèque.~~
62,50 ~~Ansper.~~ ~~R.S.~~
1) ~~Clips~~ x 2,
~~Spectru. 250~~ ~~R.S.~~
~~51,40 Clips x 25 05 fm~~

T = 113,90

~~PHARMACIE SOUFIANE~~
Groupe K, Rue 154 N° 25/25
El Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Dr. MOUTAMID Omar
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdaous Groupe B1 Imm.11
Casablanca
Appt 1 El Oulfa
Tél: 05

LOT 220865
EXP 06/2025
PPV 51.40DH

B LOT 220980 EXP 04/2025 PPV 62.50

Résidences Al Firdaousse
Groupe B1 Imm.11 Appt 1
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 41 31