

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 canaux, 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 canaux.

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 Pris 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° W21-648400

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8300 Société : DFRH (RAM)

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : WABBI Hassan

Date de naissance : 23-11-67

Adresse : 245, quartier ALMA
Boulevard du 20 Août 1956

Tél. : 0662765204 Total des frais engagés : 150 + 250

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Gachet du médecin : 21 DEC. 2022

Date de consultation : 21 DEC 2022

Nom & prénom du malade : WABBI Hassan

Lien de parenté : M. MOUTAMID Omai

Nature de la maladie : Echographie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 15/12/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature du médecin : [Signature]

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13 DEC 2022 | | 1 | 2150 dh | 09/12/48 45 |

Dr. MOUTAMID Omai
Médecin Généraliste
Echographie
Groupe B1 Imm 11
Al Phosphor - Casablanca
Appt 1 Etage
Tél: 05 22 93 41 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 15-12-22 | 249.50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

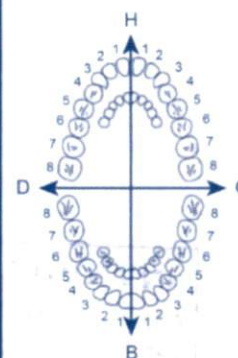
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 15-12-22 | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

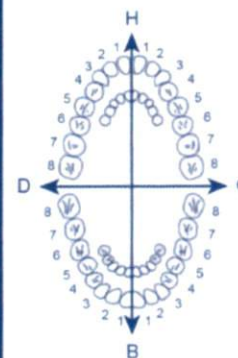
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

LOT: 10122003
PER: 10/2022
PPV: 03-70 DH

ROMAC
roxithromycin

Boîte de 7 Comprimés
pelliculés

BRONCOLIBER®

51,00

Ordonnance

15 DEC 2022

Casablanca, le

البيضاء

PPV 26DH80
EXP 05/2025
LOT 24010 5

ALGANTIL 200 mg 20 comprimés
20 effervescents

[Signature] *WATABI FLA*

83,70

1) Romac 300

268

2) Algantil 200

51,00

3) Broncoliber

19,00

4) Febreol

69,00

5) Fenolad

249,50

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

Dr. MOUTAMID Omai
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdaouss Groupe B1 Imm 11
Appt 1 El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 41 31

إقامات الفردوس مجموعة
العمارة 11 الشقة رقم 1 الألف
الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 93 41 31

PHARMED
LOT : 9594
UTAV : 04-23
PPV : 19DH100

L 3162
F: 09/25
PUC: 69.00 DH