

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 canalaires, 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 canalaires.

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

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

M22- 0007964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7343 Société : MARAI ALUUA39

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARAI MOHAMMED

Date de naissance :

21/12/1964

Adresse :

HAY SNABT 1 RUE 15 N° 21 Oujda

Tél. : 0668194347 Total des frais engagés : 89,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2023

Nom et prénom du malade : MARAI Age : 56

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : 10/01/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>N° 600103 AIN ROC 22210215 FL05225065</i>	06.01.2023	89,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

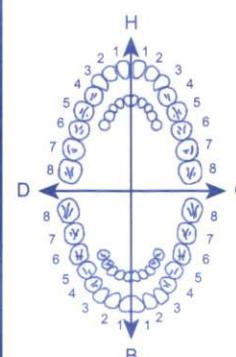
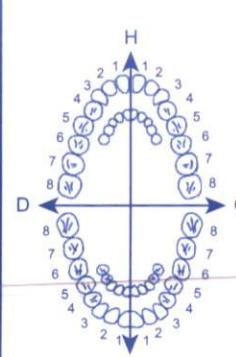
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Siham EDDEGHAI
SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO
ENTEROLOGIE

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca

et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Proctologie médicale et chirurgicale

Membre de L'AEF
et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
والكبد

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكنش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج والبواسيير

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

Date : 06/01/23.

MR Damer

Mohamed

89.50

Lot :	220537
A consommer	
avant le :	07/2026
PPC : 89,50 DH	

S.A

Endoscopy digest trip,

1 cos hf

1 mrs

T = 89.50

PHARMACIE CHARICHEH SRL
 N° 600 ZEFZAF HAMRA 2 AYAOUDS
 AIN CHOCK - CASABLANCA
 TEL: 05 22 50 65 10 / 02 22 22 02 18

Dr. Siham EDDEGHAI
 SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO ENTEROLOGIE
 8 Salam 1 Bd Med Zefzaf RYM 1 Appt 19
 Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen
 CASABLANCA

8، السلام 1، شارع محمد الرزفان إقامة رقم 1، ش 19 الطابق 3، (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدى مومن - الدار البيضاء
 المجمع الطبي أناسي

8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen
 E-mail : dreddeghaicabinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

Complexe Médicale Anassi