

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-779391

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12837	Société : RAM	245235	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Dr HA Y Hicham			
Date de naissance : 08/02/1987			
Adresse : Ryan Essalam, Résidence PARIS, im. 36, n° 12. Ain Seba			
Tél. : 0666 85 849	Total des frais engagés : 309,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
D. Imane FENCHEKROUNE OMNIPRATICIAN Lot. Addoha 1 100 B 93 RUC Apt. 1 Ain Seba 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18			
12/01/2023 Dr HA Y HICHAM Age : 36			
Date de consultation : 12/01/2023 Nom et prénom du malade : Dr HA Y HICHAM Lien de parenté : Conjoint Nature de la maladie : Syndrome Suppiale En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : Signe de la maladie 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 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 : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) : **Marie**

Le : **16/01/2023**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
18/01/2023	01	1	20000 Fcfa	INP : 0541184000 Dr. Imade BEN HAFIDH CHIRURGIEN Addoha 1, 1 ^{er} étage Lot. 6 ABPT, 1 Ain Sefra
20/01/2023	01	1	20000 Fcfa	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																							
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 (Rows 1-10 of the grid)	Nature des Soins (Rows 1-10 of the grid)	Coefficient (Rows 1-10 of the grid)	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" 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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
				00000000		00000000																	
				D	00000000	00000000																	
35533411		11433553																					
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

الطب العام

Diplome Echographie Générale
 Diplome Fertilité - Stérilité
 Diplome Nutrition
 Visite Médicale Permis de Conduire
 Diplome Diabetologie
 Mesotherapie
 Cupping Therapie

دبلوم الفحص بالصدى
 دبلوم الخصوبة و العقم
 دبلوم التغذية، علاج السمنة و النحافة
 الفحص الطبي الاجباري لرخصة السياقة
 دبلوم علاج السكري
 ميزوثيرابي
 حمامات

Casablanca, le 12.01.2023

الدار البيضاء، في

n° D RHAY. HICHAN

89,50

1) D3 NORN

SNTS bur.
20 galletsTél. 05 22 73 908
An 39000 MM 9 RUE DE RABAT
n° 01 DRS KM 9 RUE DE RABAT

PHARMACIE DE LA CASABLANCA

15

2) weet vit C + zinc 1cp 15

20,00

notin 10-

3) FEBREX

Sachets
1 sachet x 3FEBREX®
Adulte Sans Sucre
6 118000 310631

4) API NAX adulte niel - eu

1 cu x 3 t.

PHARMACIE
LOT : 2617
UT.AV: 11-25
PPV: 200H00Dr. Imane BENCHEKROUNE
OMNIPRATICIEN
Lot ADDOHA 1 Im. B 93
RDC Appt. 1 Ain Sebaâ
Tél: 05 22 31 48 93 - Casablanca

Sur rendez-vous بالموعد

تجزئة الضحي 1 عمارة 93 B الطابق السفلي شقة 1 (امام مسجد الضحي) عين السبع - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 34 48 93

Lot ADDOHA 1 Im.b 93 RDC Appt, 1 (En face Mosquée ADDOHA) Ain Sebaâ-Casablanca -Tél:05 22 34 48 93

Watsapp: 06 78 58 01 60



Lot: 220598
A consommer
avant le: 07/2025
PPC : 89,50 DH

21