

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

145461

Déclaration de Maladie : N° P19-0002696

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

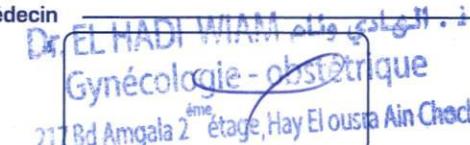
Nom & Prénom : JELLINEH Mohamed Date de naissance : 22.03.1965

Adresse : N°46 Rue des Salins oasis casa

Tél. : 0661 06 4692 Total des frais engagés : 726.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr EL HADI WIAM الدكتور
Gynécologie - obstétrique
217 Bd Amgala 2^{ème} étage, Hay El ousta Ain Ched

Date de consultation : 06/01/2023

Nom et prénom du malade : LAHTAOUI HAFIDA Age : 50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Algésie pelvienne

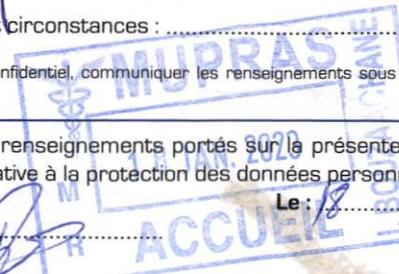
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) : LH


MUPRAS
Le : 12/01/2023
ACCUEIL

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
06/01/23	S		300000	Dr. EL HADI WIAM Gynécologie-obstétrique 217 Bd Amgala 2 ^{me} étage, Hay El Ousra Ain Chadi Tél: 0522522279

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/23	496,70

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

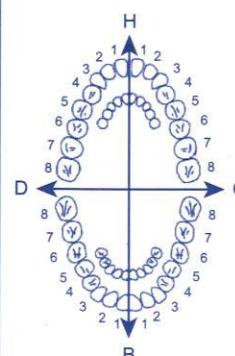
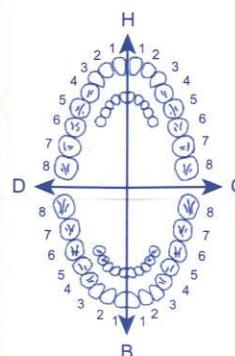
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS	
G	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
				
				DATE DE L'EXECUTION
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. El Hadi Wiam

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Accouchement et infertilité du couple

Chirurgie gynécologique et mammaire

Cœliochirurgie - Hystéroskopie

Colposcopie - Echographie



الدكتورة الهادي وئام

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة

ولادة و علاج عقم الزوجين

جراحة الثدي و أمراض النساء

التشخيص و الجراحة بالمنظار

الشخص بالصدى

الدار البيضاء، في 06-01-23
Casablanca, le 06-01-23

Mr Lahjaouji Hafida

188,70
y Cadelius.

298,00 1 cap x 1 unit

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholecalciferol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV: 128,70 Dhs



6 118001 440061

21 Symbicort.

1 pulv x 1

426,70

SYNTHEMEDIC
22 rue souk el aouan roches
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

200µg
Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21INRQ P.P.V: 297,00 Dhs

6 118001 020706

6MLG
AVR-22
MAR-24



217 شارع أم حملا، زاوية شارع السماراء، الطابق الثاني، حي الأسرة، عين الشق، الدار البيضاء
217, Bd Amgala, Angle Bd Smara, 2^{ème} étage, Hay El Ousra, Aïn Chock, Casablanca
Tél : 05 22 52 22 79 • GSM : 06 61 95 25 54 • البريد الإلكتروني : drelhadiwiam@gmail.com