

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6442

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HACHMI

AMAL

Date de naissance : 12.02.1965

Adresse : lot oulet la Rab iim 13 App 2 Rue 14
Residence Layyounne casab Atchao

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Casa - Tél : 05.22.37.41.63

Date de consultation : 27.02.23

Nom et prénom du malade : EL HACHMI Amal Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète Neuropathie

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 : CASAB

Le : 27.02.2023

Signature de l'adhérent(e) : MUP

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
27.2	C	1	200,00	Dr. Mohammed CHAFIC NEUROLOGUE Centre méd. : Sidi Othman 3ème étage Place de la Préfecture Avenue 10 Mars, Sidi Othmane Casab Tél : 05.22.37.41.63
23			INPE 091039685	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHIE 10 Bd El Douds Lot Manda Tunis 14100 Para 1 Aincho Tel : 05 22 52 50 00	27/02/2023	2955,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIARIES MÉDICALES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد شفيق

طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد

AMED CHAFIQ

OCHD

système nerveux, du Muscle

► اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلي والعمود الفقري

► مرض المصر

► التخطيط الكهربائي للدماغ

► التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



27/2/23

ار البيضاء في:

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 09/27

PPV 68DH70
PER 09/27

PPV 68DH70
PER 09/27

PPV 68DH70
PER 07/27

PPV 68DH70
PER 09/27

PPV 68DH70
PER 09/27

PPV 68DH70
PER 12/27
LOT L3992



Dr. Mohammed
NEUROLOG
Cent. medical Sidi
3ème ét., Place de la
Avenue 10 Mars, Sidi
Casa - Tel. 06.22.30.55.55

صيدلية
PHARMACIE EL ACHIR

شارع 10 مارس، ساحة العمالة، الدار البيضاء
BD, 10 Mars, Place de la préfecture
INPF : 91039685 - Tél. 06 22 30 55 55 - Mobile : 06 65 10 46 10
المحمول : 06 65 10 46 10