

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11468 Société : R.A.N.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AITEL NASDOUB Hanane

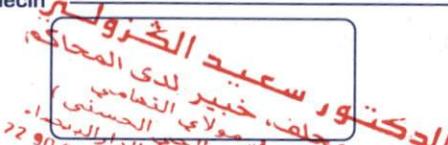
Date de naissance : 10/10/175

Adresse :

Tél. : 0662321286 Total des frais engagés : 381,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2017

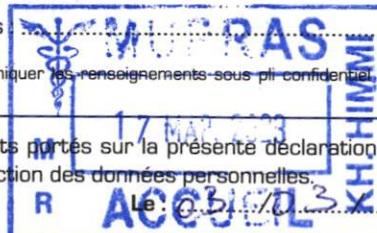
Nom et prénom du malade : AIT EL NASDOUB Hanane Age : 38

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : allergie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Rosa

R ACCUEIL 3 X 23

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
23/07/2013	C		<p>200 DA</p> <p>دكتور سعيد عبد العال</p> <p>طبب مصلف، مدير لدى المحافظ</p> <p>طبب مصلف العلاجي</p> <p>طبب مصلف العلاجي الاستثنائي</p> <p>طبب مصلف العلاجي - الدارالبيضاء</p> <p>290.97 - 66 = 224.31 DA</p> <p>ماروك - 022 90 10 m</p>	<p>دكتور سعيد عبد العال</p> <p>IPNE 091069666</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/23	191,40

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date _____

Montant de la Facture

03/03/23

191, 4a

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

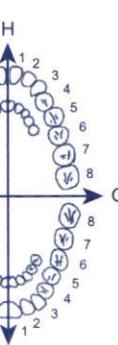
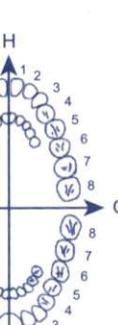
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

طیب محلف

لكرة المحاكم

جسر العجمي

Casablanca, le : 03_03_2023 الدار البيضاء، في

LOT: 05321034
PER: 14/2024
PPV: 74.80 DH

LOT: 211424
PER: 09-2024
PRU: 28-000DM

LOT:211424
PER:09-2024
PPV:28,00DH

DOLAMINE®
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH

DOLAMINE®
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH

6 118000 190394

74 18 Casablanca, le : 03.03.
Soccer

28[°] Cocciden crew

1530 \checkmark нагаев

3. Dolomedes
sp sp

~~3000~~
41 Nudot 400

дн 13

Natalie

دكتور الكترونيات والاتي المحاولات
طباطبى محافظ سوهاج رئيس مجلس جامعة سوهاج
رقم 60 - ابراهيم عيسوى الشعراوى - الدار البيضاء -
مانفلا - المحافظة - 6151 - الوفى - ٠٥٢٣٩٠٩٨٩٨ -
اهازف - ٠٥٧٦٩٥٩٧٩٦ - ٠٥٧٦٩٥٩٧٩٦ -

⁶⁰ طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي)، مازولا - الحسني - الدايس،

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com