

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.

M22- 0042550

Optique *17/04/24* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10315* Société : *RAN*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HANDI SANIRA*

Date de naissance :

Adresse : *10, Aglil le 1er Novembre 1945, Casablanca, Maroc*
CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *25 MARS 2023*

Nom et prénom du malade : *HANDI SANIRA* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Chopatu fuchuhi*

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 : *CASA*

Le : *28/03/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A215 /2019

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
5 MARS 2023	aj		130,00	J. EL HAMOUDI, Médecin Rés Val Rose, 2ème Etage Angle Albert 1er et Ad. Med. Belvédère

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Signature: JEAN-PIERRE BOURGEOIS Prénom: JEAN-PIERRE Nom: BOURGEOIS Adresse: 10 Avenue de Lille Casablanca Ville: Casablanca Code postal: 20000 Téléphone: 05 22 44 33 00 Fax: 05 22 44 33 01	25/03/23	141.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

A 4x4 grid diagram with labels H, D, G, and B. The grid is divided into four quadrants by a horizontal and vertical line. The top-right quadrant is labeled H. The bottom-right quadrant is labeled G. The bottom-left quadrant is labeled B. The top-left quadrant is labeled D.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El HAMMOUYI Abdelaziz

MEDECINE GENERALE

الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام

Casablanca le: 25 MARS 2023 الدار البيضاء في

LOT 224103 1
EXP 11 2027
PPV 54.70

PHARMACIE YASSINE
Mme SEOQAT Zeinob
19,Rue de Lille Casablanca
Tél: 05 22 44 37 87
Fax: 05 22 44 37 88

METEOSPASMYL® 5 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 111881 190293

LOT : 4877
PER : 11-27
P.P.V. : 45 DH 90

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Med. V. Belvédère

ساحة ال ياسير فالروز-ب- الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء - الهاتف: 55

Place El Yassir VALROSE B N5 2ème Étage Bd.Med V-Casa-Tél:05 22 24 55 55