

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0055140

159690

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9555

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RAJI

MOHAMED

Nom & Prénom :

03 DEC 1969

Date de naissance :

HAY EL MASJID RUE 18 N 62 CASA

Adresse :

Tél. : 0667077325

Total des frais engagés : #383,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SAHNOUN A.
UROLOGUE
INPE : 094025940

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : Age: 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Trouble urinaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Trouble urinaire

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

Le : 03 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

08 MAI 2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/05/93	83.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		L'EXECUTION	

Dr. SAHNOUN Abderrazak

CHIRURGIEN UROLOGUE

د. سحنون عبد الرزاق

جراحة الكلى والمسالك البولية



حصى الكلى والمسالك البولية - سرطان المسالك البولية والتباينية - الفحص والجراحة بالمنظار
 جراحة الفتق - الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي - العقم عند الرجال - انفلات البول

Calculs appareil Urinaire - Cancers Urologiques - Endoscopie Diagnostique et Interventionnelle
 lithotripise - Chirurgie des Hernies - Dysfonction Eréctile - Infertilité Masculine - Incontinence Urinaire

Casablanca le : 03 Mai 2023 الدار البيضاء في :

M RATTI MOUHAMED

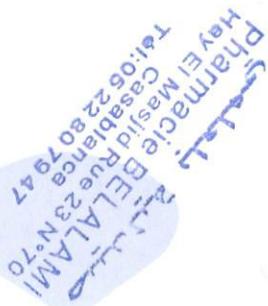
83.00

① CircuFlex (1x) 70%

(S.V)

nerveux

LDT : 220790
BLUD : 10/2025
83,000DH



شارع النيل بلوك 37 رقم 49، الطابق الأول سيدى عثمان - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 38 38 35

Bd. Nil Bloc 37 N° 49, 1^{er} étage Sidi Othmane - Casablanca Tél : 05 22 38 38 35

في حالة الطوارئ يرجى الإتصال : 06 53 31 57 77 en cas d'urgence veuillez contacter :