

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

- 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.

N° W21-793287

NS9862

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8223

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bou6JA

LETUT et CHRAIBI

Date de naissance :

08/06/1968

Adresse :

N° 37 Rue 33 lot 1+2 Aïmounz MAY

HASSANI

CASA

Tél. :

0661188143

Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/14/2023

Nom et prénom du malade :

CHRAIBI Ali

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Desmaléee

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

"adhérent(e) :

Le : 18/10/2023



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
18/04/2023			1350	INP : 091111110 DOCTEUR NEJJAM HASSAN PROTHÉSISTE-DENTISTE PROTHÉSISTE-DENTISTE FORMATOLOGUE-DENTISTE AUGUSTIN NEJJAM 052882627

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VIT	18/04/2023	567,79

ANALYSES - RADIGRAPHIES

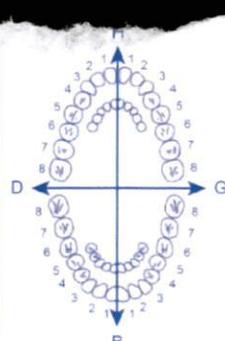
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

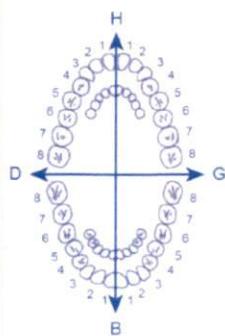
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Professeur NEJJAM Fatna

EX . enseignante à la faculté
de médecine de casablanca

الدكتورة نجام فاطمة
أستاذة سابقة بكلية
الطب الدار البيضاء

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE LASER - PUVATHERAPIE

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التجميل

Casablanca, le 18/4/2023

CH2AlBr Ali

182, 83 Huile lavante S'Uriege
 101 —

193, 84 laver avec Rurig
 201 huile anti Rouget Eaueris

39⁷⁰

15 Fucceline crème

2 flasq; \rightarrow aisselle + Bouton

30⁰⁰

15 beatop crème

le flw \rightarrow aisselle a lèvres

1 flw/2 \rightarrow lèvres

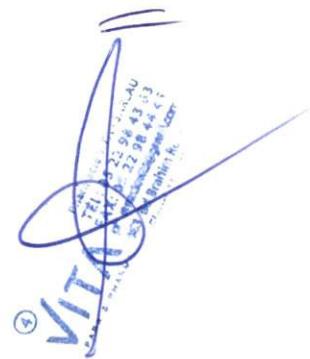
15

2 flasq \rightarrow lèvres \rightarrow aisselle

60¹

Desminine pale

\rightarrow aisselle



Docteur NEJNAM Fath
 PROFESSEUR
 DERMATOLOGUE-VENÉROLOGUE
 293, Bd. Abdellatif
 AL FEDORA
 Casablanca

567⁷⁹