

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.

176968

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1114 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHALILI Naima

Date de naissance : 16/08/1960

Adresse : Rue 24 n° 15 11.581.71 HAY HASSANI CASABLANCA

Tél. : 06 70 69 59 55 Total des frais engagés : 358.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/08/2023

Nom et prénom du malade : KHALILI Naima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ANEMIE MIGRAINTRE

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 : 26/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



INPE
091113746

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
03/07/2023	0	1	300,00	INPE 691113746

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
03/07/2023 Caisse d'assurance maladie de la famille Pharmacie Hay El Hassani	03/07/2023	58,50

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS		
	H	25533412 00000000 35533411	G		21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	B		00000000	
	G	00000000			00000000	
		35533411			11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

Dr. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate
Greffé de moelle osseuse

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)

Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)

Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

الدكتور أحمد موديبي

الختصاري في الأمراض المخربة

أمراض الدم والثدي المطلول

لدع الكثاء التضمي

رئيس قسم الأمراض المخربة سارق بمركز

الدار البيضاء في مركز سارق بالمركز الجوي للخليج الدم بالدار البيضاء

طبيب ملحق سارق باسم الأمراض المخربة بالدار البيضاء

INPE
1113746

Casablanca, Le

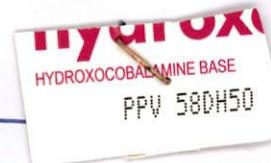
03/10/2023

الدار البيضاء في

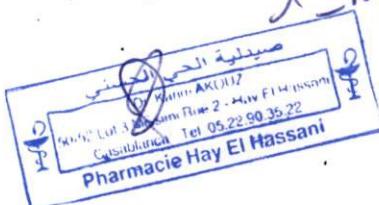
Dr. Mouaddib Naima

58,50

Hydroc 600



1 ml fois 6 à 2 ml



Août

03/08/2023

Deux

Dr. Ahmed MOUADDIB
Spécialiste en Hématologie Clinique
Greffé de Moelle
165, Bd Abdelmoumen
Abdelmoumen

05 22 48 29 31 - 05 22 27 18 62 - العنوان : 165
165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca
Tél. : 05 22 27 18 62 - Mail : cabinetmouaddib.hemato@gmail.com