

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 :

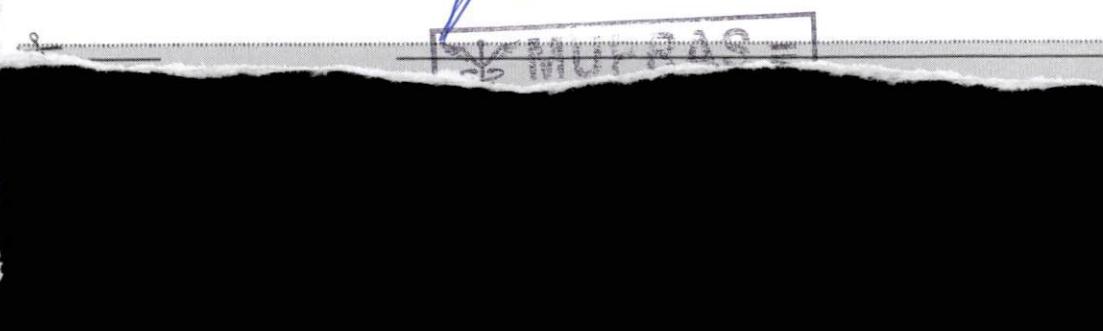
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10093</u>	Société : <u>RAM</u>	<u>20 mg</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>CHAOUI Hamane</u>
Nom & Prénom : <u>CHAOUI Hamane</u>			
Date de naissance : <u>19/08/1946</u>			
Adresse : <u>19 lot Al Norod Hay Orlifa CASA</u>			
Tél. : <u>0661 48 71 14</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		
Cadre réservé au Médecin DR CHAOUI Salam Eddine 447, AV. Mokhtar Soussi (EX AV. B) Hay Al Masjid Casablanca Tel : 05 22 28 16 56			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>25/09/2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>SAAD HIND</u> Age : _____		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	Nature de la maladie : _____		
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 : <u>CASA</u> Le : <u>10/10/2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			



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
27/09/2023	G		150,00	INP : 09/1040370 Dr. CHAOUI Salah Eddine Mokhtar Soussi Al Masiid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	TÉL Montant de la Facture
 Pharmacien Oued El Makhazine Mohamed Aamine BENNANI Lot Oued El Makhazine Hamra - An Chok - casablanca 01 06 22 52 70 17 E mail: bennani_dr@gmail.com INP 09 00 6754	15/09/23	279.90
	INR 002016351	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	

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.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----		-----	B	00000000	00000000	35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	-----		-----																
	B	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

INP 092046754

حاائز على شهادة الفحص بالصدري

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبير محلل لدى المحاكم

Casablanca, le

25/09/23

الدار البيضاء، في

SAAD HIND

Pharmacie Oued El Makhazine
1 Lot Oued El Makhazine-nara1-Ain Chok Casablanca
Tel 06 22 52 70 17 E-mail: bennani_dr@gmail.com
INP 092046754

LOT: M0817
PER: 07/2024
PPU: 195,20DH

4,000 \xrightarrow{AS} 14/11 $\times 14$
 \xrightarrow{AS} 20 $\xrightarrow{34/11 \text{ du mois} \times 18}$
 14/09 \xrightarrow{AS} 14/11 $\times 34$
 \xrightarrow{AS} 100 $\xrightarrow{14 \times 34 \times 1}$
 14/09 \xrightarrow{AS} fluimax $\xrightarrow{20 \times 34 \times 1}$
 32,10 \xrightarrow{AS} 1,00
 279,90 \xrightarrow{AS}

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1 Lot Oued El Makhazine-nara1-Ain Chok casablanca
Tel 06 22 52 70 17 E-mail: bennani_dr@gmail.com
INP 092046754

39,00
L.J.P. 27,00
P + R 11,20
P.P.Y. 0,00 0,00 ✓

Dr. CHAOUI Salih Eddine
447, Av. Mokhtar Soussi
EX AV. B) Hay Al Masjid
Casablanca 0472281656

شارع المختار السوسي (مسجد السنة) فوق صيدلية المسجد - الدار البيضاء
447,Bd. B – Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid
Casablanca – Tél : 0522 28 16 56
الهاتف: 0522 28 16 56