

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.

N° M21- 042127

183592

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : 605	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ASSALI Thami			
Date de naissance : 01-01-1947			
Adresse : BLOC H N.116 1st Haouzia Kenitra			
Tél. : 0664234684		Total des frais engagés : 756,8 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Docteur Abdelkader EL MADI MEDECINE GENERALE Déplômé en Echographie Générale 153, Rue 25, Bd. Panoramique, Bine Lamdaone Casablanca - Tel. : 05 22 21 11 12 Autorisation: 4994 - INPE: 091057711 ICE/001778217.000037</p> <p>INPE : 091057711</p>		
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age:	
Nom et prénom du malade :	HADRI Najia		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	aficacusee juta		
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 : 18/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 SEPT 2013	C	6	150,-	Dr Abdellah EL MADI MÉDECINE GÉNÉRALE Echographie, Biopsie Générale 05 22 21 11 12 INPE : 091057711

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	153 Adressat : Montant de la Facture
	18/09/23	

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

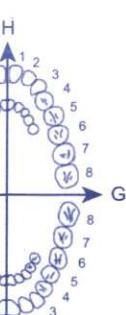
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		D	B	H	G	<hr/>		Coefficient des travaux
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
D	B																			
H	G																			
<hr/>																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
Date du devis																				
Date de l'exécution																				

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Spécialisé en Echographie Générale

Faculté de Médecine de Montpellier

151,60

151,60

خرج كلية الطب بمونتيل

Nr E142274 Li NASIRI
Casablanca le : 18 SEPT 2023 الدار البيضاء في:

A.S.

Suliat 80/5. 34000

~~3X151,60~~

1 graine de poiv

~~36,70~~

~~as~~

A.S.

ANXIOL. Gamy 2020/6

~~78,60~~

1/4 de cuill

A.S.

- DESGAL 5,6630.

1 graine de poiv

A.S.

~~14,30~~

SICINOSUN 2022

A.S.

~~21,80~~

ess

LOT 230109
EXP 02/25
PPV 21DH80

~~606,10~~

Alger. 1C

1/2

Docteur Abdelkader
MEDECINE GENERALE
Spécialisé en Echographie
25 Bd. Panoramique 80012
Casablanca - Tel. 05 22 21 11 12
الهاتف: 05 22 21 11 12 - INPE: 091057711
N° Lot: 177821700037 - INPE: 091057711

شارع بانوراما، المدن الجديدة، رقم 153 بين المدن 153، Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca

00177821700037 - رقم الترخيص 4994 - رقم التعريف الموحد 4994 - INPE: 091057711

Tél.: 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 00177821700037 - INPE: 091057711