

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.

M23-0019718

Maladie Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4976	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	187807
Nom & Prénom :		HAFID Abdallah	
Date de naissance :		10/06/1964	
Adresse :		El antifa - Casa	
Tél. :	06 64 16 24 53	Total des frais engagés :	558,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	09 NOV 2023		
Nom et prénom du malade :	HAFID HIBA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	<input type="checkbox"/> Pathologie
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 : 28/11/23 Casa. Le : 22/11/23
Signature de l'adhérent(e) :

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
09 NOV 2013	C			<p>لبيبي مصطفى، خبير لدى لجنة الطب والجراحة، رقم 60 مارعلا، الحجرة 11، سجن البلدي، 02 80 70 00 00</p> <p>PME : 091069666</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيادلة حسي الونام PHARMACEUTICALS LAY EL WAM 252 BD OUED SEBOU OULFA CASA Tel 05 22 91 17 31 INPE 092030949</p>	09/11/2013	558,90

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/11/2013		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوبي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

09 NOV 2023

الدار البيضاء، في :

HAFID

HIZA

Fotofer B

x 3 مل

صيدلية حي الونام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tél 05 22 91 7 31
INPE 092030949

Rilakal

S.V

S.V

S.V

S.V

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 53DH10
02/09/2026

6 1180000660833

دكتور سعيد الكزوبي
طبيب محلف لدى المحاكم

طبيب محلف لدى المحاكم
خبير لدى المحاكم
قدرت مسافة في الحجم المسمى
(قدر 11 ملم إلى 11 سم) - 95.97.90.2902

53,13
RILAKAL
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tél 05 22 91 7 31
INPE 092030949

27,50 1 - 0 - S.V

LOT : 09923008
PER : 02/2028
PPV : 27.00 DH

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzs@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

LOT: 230327
PER: 03/2028
PPC: 79,80dh

Fitofer
B9

LOT: 230548
PER: 06/2028
PPC: 79,80dh

Fitofer
B9

LOT: 230613
PER: 08/2028
PPC: 79,80dh

Fitofer
B9

LOT: 230613
PER: 08/2028
PPC: 79,80dh

Fitofer
B9

LOT: 230548
PER: 06/2028
PPC: 79,80dh

Fitofer
B9

LOT: 230613
PER: 08/2028
PPC: 79,80dh

Fitofer
B9