

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11676

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERRAJE El BACHIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664418240

Total des frais engagés : # 389,90 dh #

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Hajj El Magid clakib Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC 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'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : El Hajj El Magid clakib

Le : 30/01/2024

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

REPRESENTANT

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
27/01/24	S L	300.00.04		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Dr. El Amin Hind 635 rue Gouftima Casablanca Tél : 05 22 26 21 00 NPE : 092038991	Date	Montant de la Facture
	27/01/2024	89.90

ANALYSES - RADIographies

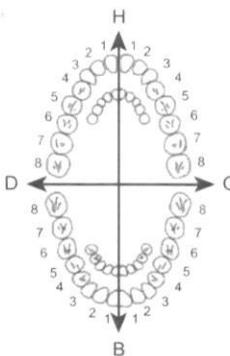
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

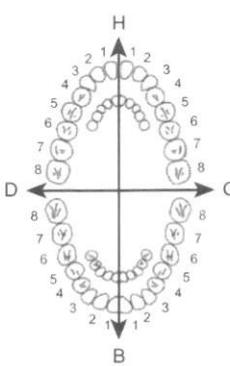
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000	00000000
35533411 11433553	
B	

[Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

COEFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
 Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges
 Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL
 Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأنف، الأنف والحنجرة
 وجراحة الوجه والعنق
 تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع
 التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض العصبية
 طبيبة اختصاصية سابقاً بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le 27 Janv 2024 الدار البيضاء، في

Me Enaji Chakkib

89,90

S.V

Rhinolaya protect

~ Appx 2 J

INP : 092038981
 Tel: 05 22 26 21 04
 635 Rue Goulimma Casablanca
 DR IBRAHIMI Hind
 PHARMACIE LAVOUNE

Dr. I. MANSOURI
 Médecin Spécialiste
 Chirurgie Cervico-Faciale
 Le 633, Rue Goulimma
 Appt. N° Bourgogne
 Tel. Fax: 05 22 20 21 00



633، زقة كلميمة ، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulimma - 1^{er} Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني : mansouriorl@gmail.com - الهاتف/الفاكس : Tél./Fax : 05 22 20 21 00