

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 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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

293

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom :

AZIZ

Date de naissance :

1932

Adresse :

N° 56 RUE NOK ELLIE ITAG ARRABIA

CASABLANCA

Tél. :

Total des frais engagés : AF 819,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/02/2015

Nom et prénom du malade :

J AZIZ ABDELLAH

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIT

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'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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/02/2015

VOLET ADHÉRENT

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
03/02/2024	Consultation	1	100,00	DR. BOURGEOIS DENTISTE CHAMPIGNY (O.D.F.)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMED ALI	03/02/2024	519,12

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	00000000 11433553
B	G

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	00000000 11433553
B	G

[Création, remont, adjonction] **Montant des Honoraires**

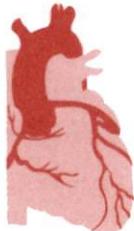
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استشارة
أمراض القلب و الشرايين.

دكتور محمد الشامي ،
أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

مجاز بكلية الطب بيروكسيل

Casablanca, le...

3/2/2004

N° Aziz Nbanka

Aj's

Di préjan so / 112,8
14/1
(48,1 - 0,8)

S.1/S

xédiol

ex 1/6

SRV, 1.0

tit

88,10

88,10

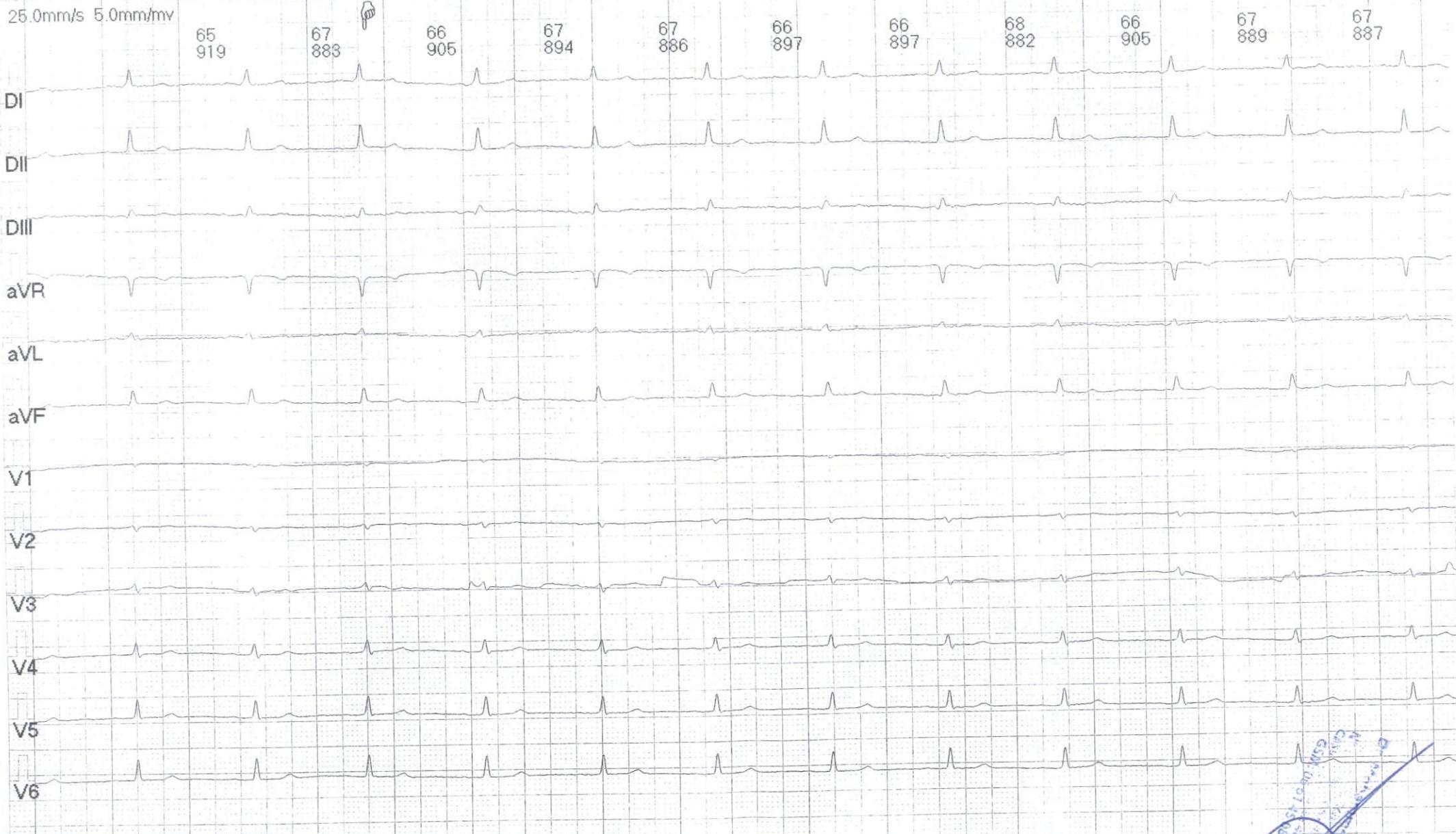
PHARMACEUTIQUE
Dr. A. S. EL KAFI
Casablanca
Tél: 05 22 48 44 01
Fax: 05 22 29 57 75
e-mail: drakafi@wanadoo.fr

PPV: 114DH30
PPV: 114DH30
PPV: 114DH30
PER: 06/26
LOT: M2088

Docteur CHAMI
17, Place Charles Nicolle
Casablanca - Tel: 05 61 48 08 06
Fax: 05 22 48 44 01

ECG

NOM:aziz mbarka ID : Sexe : Age : Date : 3-2-2024



Filtre Principal:On Filtre ADS:On