

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 : 4976 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAFID Abdellah Abdellah

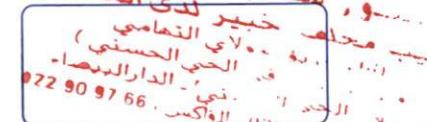
Date de naissance : 11/06/1964

Adresse : El Jelouji Canada

Tél. : 06 64 16 24 59 Total des frais engagés : 1436,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 FEV 2019

Nom et prénom du malade : HAFID Rayha Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RAZIA

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 : Casablanca Le : 21/02/2019

Signature de l'adhérent(e) : S. HAFID



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
06 FEV 2024	C		100 DH	INPE-D91069666 العنوان: الحسنية 10099 - الدار البيضاء النوع: ملحوظ الوقت: 11:50:47 الطب: طب العيادة

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL WIAM 52 RD DOUR SEBOU JOLFA CASABLANCA Tel: 05 22 91 17 33 INPF: 092030949	2024/02/06	236,60 DH

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

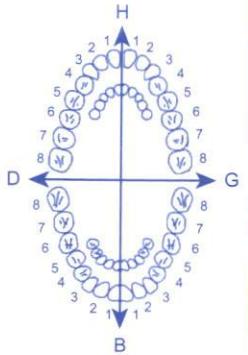
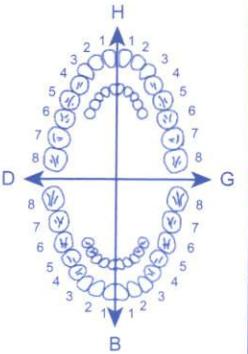
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B D G	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				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 الكزوولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 06 FEV 2024 الدار البيضاء، في :

Mr HAFID RAYAANE

1 - Triguenetul 1616
126,30 ~~S.V.~~ ~~15 x 27~~

PPV: 126,30 DH
LOT: 652729
PER: 05/25

2 - Cetaphane 50 15 x 27
45,50 ~~S.V.~~ ~~ayy~~

LOT: M22159
EXP: OCT 2025
PPV: 45,50 DH

صيدلية حي الوعاء
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA INPE

LOT: 230800
DUO: 09/2026
45,00DH

3 - DocuVok 15 x 31
49,00 ~~S.V.~~ ~~ayy~~

Deva

4 - 15,80 Doli Juccelle 500 gr
236,60 15 x 31 ~~S.V.~~ ~~العنوان
لدى المحاكم
محل المحاكمة
العنوان
لدى المحاكم
محل المحاكمة~~

PP 15 DH 80
PE 05 / 26
LOT M 16 94

5 - Beurre de Cacahuète 500 gr
العنوان
لدى المحاكم
محل المحاكمة
العنوان
لدى المحاكم
محل المحاكمة
العنوان
لدى المحاكم
محل المحاكمة

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