

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-452492

Identifiant introuvable : jn

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9632		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ERCHIDI ZAKIA
Nom & Prénom : ERCHIDI ZAKIA		Date de naissance : 20108168	
Adresse : Siège CASA ANFA		Tél. : 0661431703 Total des frais engagés : 508,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Dr. Khalid TOUSSI</i> <i>Spécialiste en ORL</i> <i>Clinique ORL Casablanca</i> <i>108 Bd Mohamed V Casablanca</i> <i>Tel: 0522 88 11 41</i>	
Date de consultation : 22 OCT. 2019	
Nom et prénom du malade : ERCHIDI ZAKIA Age: 10	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affet. ORL	
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 : **ACCUEIL 29 / 10**

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
09/09/19	Gr		300,00	INP : 09/09/19 Dr. Khalid YOUSSEFI Spécialiste en ORL Clinique ORL Beauséjour 198, Bd. Ghandi 1000 - Tél : 0322 99 42 11

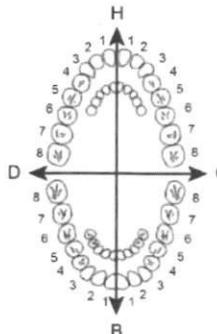
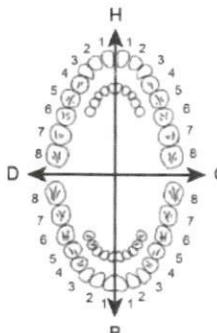
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	H	25533412	21433552	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	D	00000000	00000000	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	B	00000000	00000000	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	G	35533411	11433553	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input style="width: 100%;" type="text"/>
					<input style="width: 100%;" type="text"/>
					<input style="width: 100%;" type="text"/>
					<input style="width: 100%;" type="text"/>
					<input style="width: 100%;" type="text"/>
					<input style="width: 100%;" type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				<input style="width: 100%;" type="text"/>	



500 mg
Voie orale

LOT N°:

UT. AV: 06/22
42.00 DH
PPV: 42.00

LOT: 190214
DEU: 05/2022
87.00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

79,70

PPV 79DH70
PER 04/22
LOT 1936



Dr. K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA
SOUNNI
O.R.L.
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

Dr. Khalid YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi
Tel: 0522 99 42 38 / 39 / 41 - Fax: 0522 99 42 40

09/09/19

Dr. Khalid YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi
Tel: 0522 99 42 38 / 39 / 41 - Fax: 0522 99 42 40

79,70

① Azix 500

5
%

42.00

② predni 20g

5
%

cm mille
dix mille

87,00

③ relaxin 300

5
%

208,70

Dr. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi
Tel: 0522 99 42 38 / 39 / 41 - Fax: 0522 99 42 40