

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 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 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° W19-487381

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22201**

Matricule :

7900

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKIRANE DRISS

Date de naissance :

20 - 04 - 1965

Adresse :

CASA

Lot LA COLLINE 1 N° 77 SIDI MAAROUF

Tél. : **06-61-07-03-12**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18-02-2020

Nom et prénom du malade :

Belkacem HAFNAOUI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Neurologie Cervicale Fracture

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.

22 FEV. 2020

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 : **18-02-2020**

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
18/02/2023	2023		2.000,-	INP : 09/02/2023 M. AFAOUI Mohamed Professeur de Médecine Informatologue Assurance maladie 04 59 45 Gsm: 0661 3000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MACHA 15124 - TEL: 05 52 53 31 00 Fax: 05 52 53 31 01	18/12/12	74,2

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
CABINET KINESITHERAPIE FLORIDA Mme BILZYNE Sanaa kinésithérapeute Physiothérapeute 19-06-19 Casablanca télé: 361194	19.06.2020	20	AHM	20		1000,00 DHS	

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 type="text"/>								
		Coefficient des travaux <input type="text"/>											
		Montants des soins <input type="text"/>											
		Début d'exécution <input type="text"/>											
		Fin d'exécution <input type="text"/>											
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		Détermination du coefficient masticatoire <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center;"> B 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> G </td> </tr> </table>				H 25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	G	
		H 25533412 00000000	21433552 00000000										
		D 00000000 35533411	B 11433553										
		G											
				Coefficient des travaux <input type="text"/>									
				Montants des soins <input type="text"/>									
Date du devis <input type="text"/>													
Date de l'exécution <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION													

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسين
متعددة الاختصاصات

58,40

Casablanca, le : 08/02/2005 الدار البيضاء، في :

Bentkirene Driss

58,40

Dalifred 20

12.5

SV

15,80

15,80

34/1

PPV 150 H 80
PER 09/2
LOT 12089

Dalifred 3

SV

74,2

24/35

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CAFÉ FÉCIR Skdi N° 1000 (Ancien Makro)
Casablanca - T. 05 22 36 21 77 / 05 22 33 59 53
whatsapp: 05 22 36 21 77 / 05 22 33 59 53
RC: 236958 - Pal: 3330033044 - Email: parfumerie2301@hadimail.fr

Dr HARFAOUT Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Orthopédique
27, Rue Eddine Attarouli Place des Iris Casablanca
Tel/Fax: 0522 94 59 43 Gsm: 066 150 54 12