

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

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.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

- 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.

N° P19-0032638

N.D. 30443

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9588

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraitee

Nom & Prénom : CHAFAÏTE Mohamed

Date de naissance : 16/81/1956

Adresse : Habtielle

Tél. 06.686.155.72

Total des frais engagés 939.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : M. MOUSSI KABDOU Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bombardé

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 : 22/16/2021

Signature de l'adhérent(e) :

A.

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
15 JUIN 2024				<p style="text-align: center;">  د. محمد جواد او Hammouci الطبيب العام 31 - 32 مارينا بوليفار الشاطئ العلوي 25 - 26 مارينا بوليفار الشاطئ العلوي 20.000 - 17.500 - 1.49 - 05 22 60 63 72 77 2024 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/20	80.9,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adionctio

En optionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Ex. Medecine Des FAR

Ex. Medecine Chef De La CS De Hay Hassani Berrechid
Ex. Responsable de La Commission De La Visite
Pour Permis De Conduire Délégation EL FIDA

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

طبيب الرئيسي للدائرة الصحية لأخي الحسني برشيد سابقا
الطبيب المكلف باللجنة الطبية
لمن رخصة السياقة بعمالة القياد سابقا

Medecine Generale

الطب العام

urgence : 06.20.06.75.19

Casablanca: الدار البيضاء في:

NOM:

JOHN ABRAHAM RABIN

99,00 Ⓛ Alla & self 75

100000 100000

23,90 Ⓛ Blury self 75

self 75

99,00 Ⓛ odd self 75

75

299,00 Ⓛ Coveram 75
100000 100000

809,90

PHARMA CIE FAIZ
5000 KHALID 2700 OUAIL
INSEBA 2700 SIDI ANCA
TEL 0522353939

Dr. Med. Jawad OUHAMMOUCH
د. محمد جواد أوحموش
رخصة رقم 32 - تاريخ 32-05-2005
العنوان: بلوك العناني زنقة 32 الرقم 31، الحي المحمدي - البيضاء الهاتف: 05.22.63.72.77

العنوان: بلوك العناني زنقة 32 الرقم 31، الحي المحمدي - البيضاء الهاتف: 05.22.63.72.77
Adresse: Bloc El Inani Rue 32 N° 31 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05.22.63.72.77



Antibiotique
Voie oral

LOT :9956
PER :01-21
P.P.V :99DH00

POLERY ADULTES

LOT:517
PER:07/22
PPV:23.90DH

394,00

294,00

LOT 181038
EXP 02/2021
PPV 99.00DH