

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.

Nº W19-555239

ND: 36359

Maladie

Dentaire

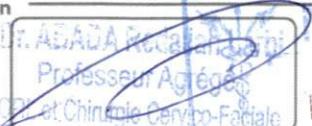
Optique

Autres

Matricule :	7824	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		YAHYA	IMAN
Date de naissance :		12.06.1969	
Adresse :		Dommisse 92 Dars mka 109 Dar Boutzaa Casablanca	
Tél. :	0661312163	Total des frais engagés :	1028,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

15 AUG 2020

Date de consultation :

23/07/2020

Nom et prénom du malade :

YAHYA INNA

Age: 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection 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 :

Le : 10/08/20

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
23-27-2020	Ces		300,00	INP : 081A033514 Dr ABADA Redaillah Larbi Professeur Agrégé Hôpital de la Cité - Centre Faisola

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/12	728,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

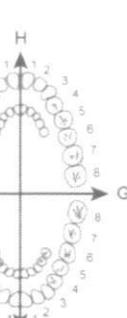
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>									
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS									
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION									
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS									
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي و الجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكانير الحسمني الكلي
زرع قوقعة الأذن
التخدير و التحليلات

Casablanca, le : الدار البيضاء، في:

٢٣/٦/٢٠

I Nard ya lya

55.10

1) Oropropolis Spy



LOT: 2181219
PER: 12/2022
PPV: 55.10 DHS

ORO PROPOLIS

192,20

2) Ecdan 100



192,20

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

86,10 x 4

3) Inein 20.



ABADA
Professeur
Chirurgie Générale et Viscérale

43-4) gamis

net la hanou bneq



LOT: GA91028
PER: 09/2021
PPV: 110 DH 00

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C.: 74087 - Patente : 35504150

Tél : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



الراشدي - الدار البيضاء

ف. 01020458, س. 74087, المتن،

05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37

ف. 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 03 57 -

Cinla Mar

57 Neknej. 28mlx2/5 Pdt 21/55

www.cliniquerachidi.com