

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

cique :

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19-

058082

ND- 38942

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9785 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SILL ARE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 / /

Signature de l'adhérent(e) :



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.

Reéducation :

- 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 pcc@mupras.com
 0 Adhésion et changement de statut adhesion@mupras.com

Par la présente je déclare le respect de la loi 100-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Signature : _____



Déclaration de Maladie

N° W19-475690

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

9785

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

Sirrare Mohame

Date de naissance

6/9/2020

Adresse

Lot NOUR RUE 11 N° 10. Hassan

Tél.

0661915342

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hémorragie Nasale

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : _____ / _____ / _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-475690

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : 1000

Date de dépôt : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/07/2010 C4 K10 antériorisation d'asale			3000.00 + 260.00 F500.00	INP : 1111111 Dr. CHRAJIDE Chahine Spécialiste ORL 0322 520 90 90 22 98 72 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASMA Dr. Amina BELAOUANE Lot N° 1000 N 98 Hay Hassan Casablanca Tel: 06 22 93 00 4	22/07/2010	451.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES		RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES													
Soins dentaires et traitements masticatoires sont traités d'autre part par un autre volet des soins		Soins dentaires et traitements masticatoires sont traités d'autre part par un autre volet des soins													
Important :		Important :													
Visualisez toutes les radiographies en cas de prothèses ou de traitement considérées ainsi que celles de l'ordre		Visualisez toutes les radiographies en cas de prothèses ou de traitement considérées ainsi que celles de l'ordre													
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS										
					DEBUT D'EXECUTION										
					FIN D'EXECUTION										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS										
					DATE DU DEVIS										
					DATE DE L'EXECUTION										
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>15523412 00000000 00000000</td> <td>04535500 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 10000000 00000000</td> <td>00000000 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000 15523411</td> <td>00000000 00000000 04535500</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>						H	G	15523412 00000000 00000000	04535500 00000000 00000000	00000000 10000000 00000000	00000000 00000000 00000000	00000000 00000000 15523411	00000000 00000000 04535500	B	
H	G														
15523412 00000000 00000000	04535500 00000000 00000000														
00000000 10000000 00000000	00000000 00000000 00000000														
00000000 00000000 15523411	00000000 00000000 04535500														
B															
<p>[Création, remont, adjonction] Remontage temporaire nécessaire à la prothèse</p>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرايبه محمد شكيب

عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه والعنق

82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عمارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 22/07/20 الدار البيضاء ، في :

SILIARE - OUNAIMA

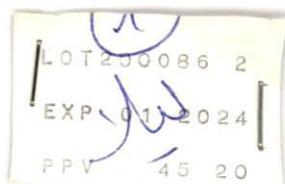
4/120

1) Xyzae



Acide

PHARMACIE ASMAA
Dr Amina BELAOUIANE
Lot. Nou. Lot. N° 05/27/2024
Casablanca



45 20

Dr. CHRAIBI Mde. Chakib
Spécialiste O.R.L
05 22 25 26 19/05 22 98 72 37

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرايبـ محمد شـكـيـب
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عمارة رونو - الطبقـة 3 - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 29/07/20 الدار البيضاء ، في :

SILLARE-CARNAVA

- consultation ORL: 300,00

- RH Coagulation nasale sous anesthésie
locale à cause d'une hémorragie
côté gauche : 200,00

500,00

cinq cent dirhams

Dr. CHRAIBI Mde. Chakib
Spécialiste O.R.L
0522 25 26 19/05 22 98 72 37