

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.

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.

Optique :

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

U1533

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue 131 HAY ou LFA

Tél. : 06 77 06 60 53 Total des frais engagés : 368,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : WASMIH MOHAMED Age : 71

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

grippe 25 SEP. 2020

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 : Casab

Le : 28/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : WASMIH MOHAMED



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/09/2014 | Consultation | 1 | 10000 | DR MOHAMED DIB |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 22/09/05 | 118,49 \$ |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Foie, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale

أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المعدة، الأمعاء، البواسير)

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

حاصل على دبلوم جراحة المخ (تولوز)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المخ

طبيب سابق في مستشفى مولاي يوسف

• الكشف بالغصنه الداخلي للمعدة والأمعاء

• الكشف بالأمواج فوق الصوتية



Casablanca le :

22/12/2020

Dr. Mohamed Dernaoui

Pharmacie AMINE
Leila EL KOUHENE
Sidi Maârouf - CASABLANCA
tel: 022 97 25 85
Spécialiste des Malades de l'Appareil Digestif

Dr. Mohamed Dernaoui

Lot: 200141
A consommer
avant le: 03/2023
PPC: 84,00 DH

شارع أبو بكر القادي، إقامة أحفاد عمارة E رقم 1 سيدى معروف - الطابق الأول - البيضاء.

Avenue Abou Bakr EL Kadiri, Résidence AHFAD, Imm. E, N°1, Sidi Maârouf.

0522 97 52 74 0661 36 32 13