

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-457812

ND 45858

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8669	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAWFIK Hicham			
Date de naissance : 10/03/1972			
Adresse : HAY AL MARIA IMN 328 Rue 1 Apt 9 final COK			
Tél. : 06 73 73 58 97	Total des frais engagés : 219 + 150 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/10/2008			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Régurgitation			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

SELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2022	219,00

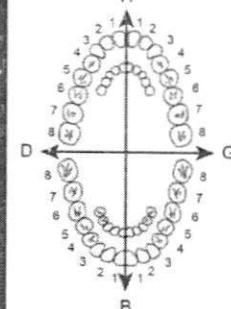
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

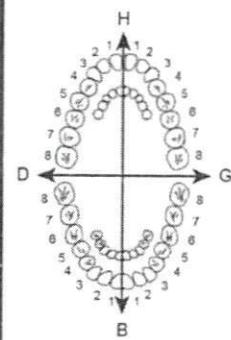
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Lot: 200403
A consommer de
préférence avant le: 08/2025
PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

LOT: 200092
PER: 03/2025
PPV: 102,00 DH

PHILIPPE
CARDIOGRAMME
VISION

a - Résidence Espace Chrifia
..... A - Appt. N° 2 - 1er Etage
Hay Chrifia - Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88
Patente : 34026191

الدكتور بوشعيب الدياني
الطبيب العام
الفحص بالمنزل
تخطيط القلب
ختانة الأطفال

شارع الداخلة . إقامة فضاء الشريفة . عمارة A . الشقة رقم 2
الطابق الأول . حي الشريفة . عين الشق . الدار البيضاء
الهاتف : 06.61.95.72.88 . المحمول : 05.22.50.70.22
الباتنات : 34026191

E-mail : dr.dyanis@gmail.com

Casablanca, le 16/10/2020
الدار البيضاء، في

Nom & Prénom : Mr Taufik Hicham

1. Peri dys tachyp 37,10 Mois x 3 J 1 an avant
apres 1 mois AS

2. Oedipathes 20 ans régulière 1 Le matin avant
apres 1 mois AS

3. Ancho cardy 140 mg tachyp x 2 J avant apres 1 mois AS

79,90 Kalmagas AS
Mois x 3 J apres apres 1 mois

219,00

Docteur Bouchaib DYANI
Médecine Générale
Bd Dakha Résidence Espace
Chrifia, N° A - Appt. 2 1er étage
Hay Chrifia, Ain Chok-Casablanca
Tél: 05.22.50.70.22 GSM: 06.61.95.72.88

Péridys

PER : 05
LOT : 20E006
2022

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML

P.P.V : 37DH10



6 118000 011255

mg/ml

200 ml Suspension buvable

Pierre Fabre
HEALTH CARE

