

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.

N° W19-417138

45553

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) 921 Société : RAM

Matricule : 921 Société : RAM

Actif **Pensionné(e)** **Autre** : GADRIZ RACHID

Nom & Prénom : GADRIZ RACHID

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse : HAAB

Tél. : 067 8061 086 Total des frais engagés : 200000

Cadre réservé au Médecin

DR. EL QUAZZANI RAM
Médecine Générale
Lotissement Riad S... RDC
N°71 INM 5 GH5 - B...
20230 - Casablanca

10 JUL. 2020

Cachet du médecin : 15-09-20

Date de consultation : 15-09-20 Nom et prénom du malade : Gardouz Sara Age : 1996

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Gardouz Sara

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 : CASA Le : 11/10/20

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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
15-04-20	C	100		INP : 041212259 EL DOUZIEN Médecin Général L'assurance Maladie N°73 IMM 56 HS 1 2020 - Rabat Tel: 05 22 65 12 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JUINNE SOYER DR BOUAYAD NDIAYE		
		179,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

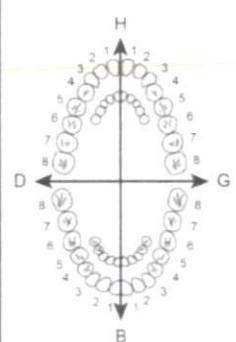
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

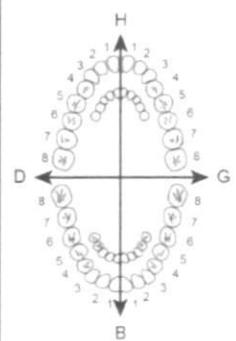
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham EL OUAZZANI
Medecine Générale
Lauréate de la Faculté
de Medecine et Pharmacie Hassan II
Casablanca



الدكتورة إلهام الوازاني
الطب العام
خريجة كلية الطب
و الصيدلة الحسن الثاني
الدار البيضاء

Casablanca le : 15-06-2021
الدار البيضاء في :

GABROU 2 SARL

- 21,00
1. Febrex 500mg
1 sachet x 3 j
- 42,80
2. EnRourex 150 mg
1 sachet x 3 j
- 79,00
3. Fitopolis sirop
100ml x 3 j
- 20,00
4. Otipax 10ml
2 gttes x 3 j
- 15,80
5. Doliprane 500 mg
1 sachet x 3 j
- 179,80**
- LOT:7779
UT.AV:02-23
PPV:21DH00
ACIES SARL
BOUAFIA SARL
SARL
Tél. 05 22 65 08 57
de préférence avant 11h
PPC: 79,50 DH
- V 150 DH
R 12/22
15,80
- Lotissement Riad Sefia RDC N°73 IMM 5 GH5
Lissasfa - 20230 Casablanca / Tél: 05 22 65 12 19
Tél: 05 22 65 12 14