

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° W19-549255

S10ub
~~DR. CHAFIK FOULAD~~

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 7697 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ABDALLAH EL RHASSOLI

Date de naissance : 09/03/1967

Adresse : Hadj FATH S N° 79 OULFA CASA

Tél. : 0670716263 Total des frais engagés : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Date de consultation : 07/11/2020 Nom et prénom du malade : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

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 Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

Signature de l'adhérent(e) : Dr. CHAFIK FOULAD 335,00 Dhs

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27/11/99			11000	INP C. Y. DEFIK FOTAD MEDECIN EXPERT 27/11/99 N° 4000 Dr. C. Y. DEFIK FOTAD 15185

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE Sidi Bouzid 10011 1 Résidence Annaim - Oulfa 52289 4309 - Casablanca</i>	<i>27/11/16</i>	<i>185,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B 35533411			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبرير محلل لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

El RBAOURI 10.00

89,90

89,90

- Kycet (Gyn)

1S

S S

40,00

- Removal set

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Silah
Docteur
4, Résidence
réf: 05 22 90 51 65
Rabat - Oulfa
Casablanca

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
ID : 645661
Barcode : 6 118000 161301

C difficile

1S

55,10

paq.

1S

- Dr. une pft
optk

Lot n°:
EXP :
PPV :

55,10

T. 185,00 DH

Dr. CHAFIK FOUD
MEDICINE EXPERT
Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65
Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 90 51 65

شارع واد أم الريبيع، زنقة 69 رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الهاتف : 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء

Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65