

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-729339

133788

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12350

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN RIHANNON ADIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 765 884

Total des frais engagés : # 633,40 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lieu de parenté :

Nature de la maladie :

Et/ou 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

Signature de l'adhérent(e) : LC

Le : 03/11/2021

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
13.10.22	Chirurgie		100000 +	INP : 031062824

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TA Re. M. Cotière Rabat km 1 Mimza Al Hamra au charia 103 00130 RENAN Jaafar El Sebou C.A.	13/10/2018 OPMC 10 202	274,90 1 - 58,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.

قويم الدوار والصمك
Centre

LOT 213157

~~EXP~~ 11 73

PPV 170.00 DH

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH

Professeur Agrégé

**ORL - Chirurgie du Cou
Maxillo-Faciale et du Ronflement
Esthétique de la face
Injections et Comblement
tion des Vertiges et de la Surdité
Allergologie**

الدكتور زبي

أمراض الأذن
تجميل الـ
ـة

74.90

Casablanca le

M. BEN RHANNOU Adil

170,00

Cefico Boite 16

1 comprimé matin et soir pendant 8 jours

30,00

Brufen 400

1 comprimé 3 fois par jour 5 jours

74.90

Biotone

Une ampoule dans un grand verre d'eau, matin , midi avant les repas 20

5250

274

Dr. Z.N.I.A.
D-7100 Stuttgart
O.R.L. Chirurgie Maxillo Facial
T.M.B. Bauchspezialist
Tel.: 0711/22 47 47 47
Fax: 0711/22 47 47 47
e-mail: zna@t-online.de
PHARMASIE ATLANTIC
C. M. Rabat Klinik
Tunis 2222
Tel.: 05 23 33 00

Dr. Z. N. Lara
Professeur
O.R.L Chirurgie Maxillo-Faciale A
119^e Bir Anzarane Maârif C
05 22 25 72 72

HYDROXOCOBALAMINE BASE
PPV 58DH60

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20030 - Tél : 05 22 25.72.72
E-mail : laraquizineelabidine@gmail.com - ICE : 00163407500037 - INPE : 051092874