

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° W19-511541

ND: 32630

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11980	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMAHZOUNE FEDOUA			
Date de naissance : 10.11.1974			
Adresse : IMM 47 APP 9 Rue Ahmed EL KADMIRI CASABLANCA			
Tél. : 066 1388915 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
Dalinger - Alioua H. PEDIATRE 29 Rue Patrice Lumumba Tél. 05 22 37 76 07 40	
101043693	
Date de consultation : 18.08.2012	Age:
Nom et prénom du médecin : DALINGER	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fils/mère <input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Colique abdou	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Colique abdou	
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

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
18-2-2010	8	1	250,00	REPIATARE INP Tél.: 05 37 76 07 40 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABIDJAN Rés. Chemin N° 1 My. Abdellah Hamoura Tel/Fax : 037 74 70 06	18.2.20	500.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. H. DALINGER Alioua
Ancien Assistant des
Hôpitaux de C.H.U de trèves R.F.A
SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DU NOURISSON
29, Rue Patrice Lumumba
Tél. : 05 37 76 07 40

الدكتورة د. النجيرة عليوة
مساعدة جامعية
بمستشفيات تريف بيلانيا الفيدرالية
اختصاصية في أمراض
الأطفال والرضيع
29، زنقة باتريس لومومبا
الهاتف : 05 37 76 07 40

Rabat, le : 18.2.20 : الرباط في

Tnidji Mad

350.00 - Manida L

40.00 - Neoformol 40 ml
1-2. 1 à 2 g. | | | |

colique

30.60 - Ecrefuryl a | | |
1-2. 1 mes 3 g | | |

18.80 - Effemalysol | | |
- Steree 381 | = Dabac | |
Ac. 3 g | | |

PHARMACIE DE PALMA
Rés. Chem's N° 1, Bvd. Prince
M.Y. Abdellah Harhoura
Tel/Fax : 037 74 70 06

21.30

~~DT~~
500.70

Betadine vent
le soir
bain de siège

Dr. Dalinger - Alioua H.
PEDIMIRE
29, Rue Patrice Lumumba
Tél : 05 37 28 07 40



30,60



PHARMACIE DE PALMA
Rés. Chem's N° 1, Blvd Prince
Téléfax : 037 74 70 06

