

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ▪ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ▪ 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° W19-493768

ND: 41586

CH

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 889

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JARBOUI OMAR

Date de naissance :

1947

Adresse :

HAYE MOURAD Bloc 9 Imm 1 casse

MAROC

Tél. :

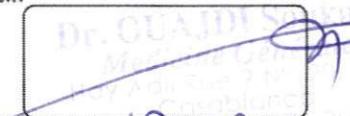
0665991540

24 SEP. 2020

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/09/2020

Nom et prénom du malade :

HABOUI FATIMA

Age : 65 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

asthme + obésité

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/09/2020

25 SEP. 2020

ACC

65 ans

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
11/10/2016	Cy	1200 D14	1200,00	INP : 09 11 45 651 Dr. GUAJDE SOU Medicine Générale Cayenne Tél. 05 42 81 10 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature</i>	10/10/2016	3700,90

ANALYSES - RADIographies

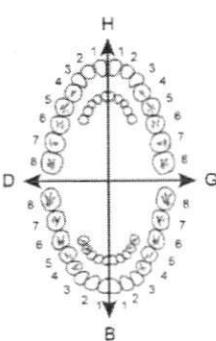
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

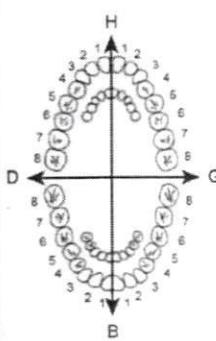
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Soukaina OUAJDI

Médecine générale

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Echographie

Suivi de grossesse

Hypertension artérielle

Diabète



05 22 61 61 30

الدكتورة سكينة واجدي

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

الفحص بالصدى
تتبع الحمل
الضغط الدموي
داء السكري

le 14/03/2020

Mme HADDOUI FAÏMA

10,50

①

flacon 500mg



10,30

②

ESTUM 20



54,00

mg le matin



③

dutopatolin 20 mg



10,50

gel x 37

④

Almo fort 500mg

15 + 21

Dr. SOUKAINA OUAJDI
Médecine Générale
Hay Adil Rue 9, N 120 2ème étage, CASABLANCA
Tél: 05 22 61 61 30

⑤ Kardegic 75
30,70



le mit

⑥ Algixene 250

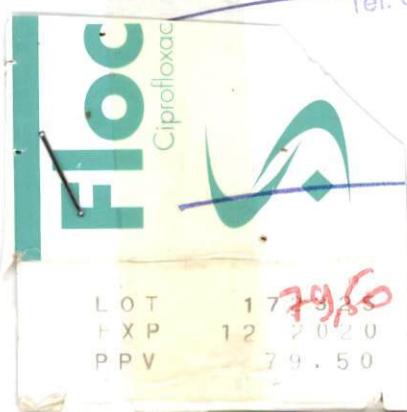


Ht. 90

~~374,90~~

Dr. OUAJDI SE
Medicine Gén.
Hay Adil Rue 9 N°
Casablanca
Tel: 05 22 61 14

14,50



PPV : 148DH30
PER : 09/21
LOT : 12324-1

