

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° W19-565422

47366

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6001

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Souni Aboellatif

Date de naissance : 24 Nov 1964

Adresse : 157 Rue

Tél. : Total des frais engagés : 15 NOV. 2020

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SOUNI MUAAD Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Copoint

Enfan

Nature de la maladie :

Souni MUAAD

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'at^h médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 15 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
27/08/2020	C	3	Gratuit	INP Melleuf Stéphane - Urologue Urologue - Chirurgien Urologue Melleuf Stéphane - Chirurgien Urologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ASMOUIN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID Tunis - 22 32 84 08</p>	27/08/08	232,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادة الوازيس

Né le : 27/07/2002

CJ020H27075725

MALIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
ASSALAM Hay Al Houdi
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 00

Casablanca, le

29 8 2006

M. SOUNI MOUAD

u Sami Mouad

14,50

AN DOL 1000 mg



47,80

DAKEN



170,00

OFIREN 200

14,21 x 4



T: 232,30

MALIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houdi
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 00

An le Vendredi 29-8-2006 à 10h au Cabinet



PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

LOT 200921
EXP 04 22
PPV 170.00 DH

Professeur EL MRINI Mohaf
Chirurgien Urolog
76, Bd Abdelloumene - Casablanca
Tél. 05 22 25 36 36-Fax 05 22 25