

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 5 mois.



Declaration de Maladie

N° W19-577549

47355

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11980 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMALZOUVE PEDOUA

Date de naissance : 10-11-1979

Adresse : Imm 47 APP9 Rue Ahmed EL KADIMI

Val Fleurs Casablanca

Tél : 0661388315 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2-10-2024

Nom et prénom du malade : AMALZOUVE PEDOUA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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'att. 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 : CASABLANCA Le : 10 NOV 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

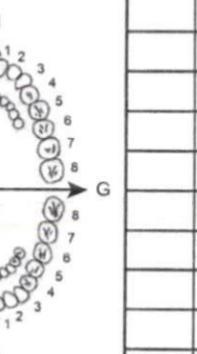
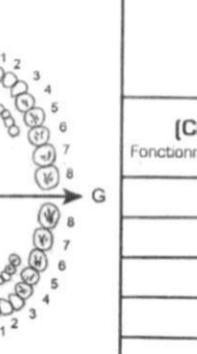
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVÉ 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										
2-10-2010	CS		25000	INP : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>  Dr. CHRAÏBI Obstétricien										

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/20	238,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

RELEVÉ 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 d'																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 21433552		00000000 00000000		D —————	G	00000000 00000000		35533411 11433553		B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412 21433552																	
	00000000 00000000																	
	D —————	G																
	00000000 00000000																	
	35533411 11433553																	
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du Devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Souad CHRAIBI

Diplômée de la

Faculté de Médecine de Nancy

Ancienne Attachée du CHU de Nancy

Spécialiste

en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée en Stérilité du Couple (PMA & FIV)

Maladies des Seins - Echographie

Chirurgie Gynécologique

Cœlio - Chirurgie

Tél. : 05.22.23.23.26



الدكتورة سعاد الشرايبي

خريجة كلية الطب بنانسي

طبيبة ملحققة سابقا بمستشفى نانسي

اختصاصية في أمراض النساء

و الولادة

عقم الزوجين - أمراض الثدي

الفحص بالصدى - الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار الداخلي

الهاتف : 05 22 23 23 26

Casablanca, le : 7/10/2022 في الدار البيضاء

Pre A Mahzanne Fadoua

38,50

- Naltexon 1cpt

87,50

- Belmagol 2mg

79,90

- Kolmo coze 1cP

71,00

- yofol kit 1cP

238,40

DR. Souad CHRAIBI
Spécialiste
Gynécologue Obstétricien
Rés. Gold 74
Val Fleuri Maarif - Casablanca
Tél: 0522 23 23 26 / 06 23 11 95 66

إقامة GOLD الطابق الأول رقم 74 زاوية ملتقى شارع سلطانة ومونطاني - المعارف - قال فلوري - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.23.23.26 - الممول : 06.23.11.95.66 - المستجلات : 06.61.18.01.45

Rés. GOLD 1er Étage N° 74 Angle Av. Stendhal & rue Montaigne - Val Fleuri - Maarif - Casablanca - Tél. : 05 22 23 23 26 - GSM : 06 23 11 95 66 - Urgence : 06 61 18 01 45

E-mail : souad-chraibi@hotmail.fr: البريد الإلكتروني

Lot: 190866

A consommer de
préférence avant le: 12/2024

PPC: 79,90 DH

 KALMAGAS

LOT :

EXP :

PPV :

49,00

