

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° W19-577551

47354

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11950

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMAL HOUSSINE AEDOVA

Date de naissance :

10-11-1979

Adresse :

Imm 47 APP 9 VAL Fleuri Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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'adhérent 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/2000	Consultation	1	200	INP : 11111111111111111111111111111111
				Signature : Dr. Guy Gobet Spécialiste en Médecine 23/02/2000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/20	299,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 الشرابي

خريجة كلية الطب ببنانسي

طبيبة ملحة سابقاً بمستشفى نانسي

اختصاصية في أمراض النساء

والولادة

عم الزوجين - أمراض الثدي

الفحص بالصدى - الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار الداخلي

الهاتف : 05 22 23 23 26

Casablanca, le :

19/11/2016

الدار البيضاء في

45,80 - Q100 Analogue
- Elektro 4mm 30° 100amp 100amp
- POURQUOI 10px2 100amp 100amp
- 38,50 Electro 160 10px2
- Haltófer 10pt 500
99,50
- Relax 37 5100amp
- 71,50 Yoplacil 10pt 500 28

Dr. SOUAD CHRAIBI
Gynécologue - Obstétricienne
Rés. GOLD 1er Étage N° 74 Angle Av. Stendhal & rue Montaigne - Val Fleuri - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 23 23 26 - GSM : 06 23 11 95 66 - Urgence : 06 61 18 01 45
E-mail : souad-chraibi@mail.fr
البريد الإلكتروني:

Yofolvit®
IODE | ACIDE FOLIQUE | VITAMINE B12

200/400/2 µg

71,00

LOT : 1652.003
PER : 2017.02.23
P.V. : 71.00 DH

ALTHEA

28 comprimés

Voie orale

ماليتوسيبر®

مع 100

عن طريق الفم

30

قد صادف

38,50