

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° W19-587187

48572

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 11133 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : _____
Nom & Prénom : SABHI HIND

Date de naissance : 17/12/1975
Adresse : 167 LOT NASSIM N° 58 Casab

Tél. : 0662-78-99-03 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant _____

Nature de la maladie : Affection _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les 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 : _____

Le : 16/09/2020

Dr. Adnane ALLAL BEN ABDELLAH

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET CANCÉROLOGIQUE

CASABLANCA - 1, Rue Ibnou Yaâqoub El Mâlik - Casablanca - Tél: 0522 264 384 - Fax: 0522 236 235

Dr. Adnane ALLAL BEN ABDELLAH

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET CANCÉROLOGIQUE

CASABLANCA - 1, Rue Ibnou Yaâqoub El Mâlik - Casablanca - Tél: 0522 264 384 - Fax: 0522 236 235

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16/9/20	CS		A.A	INP : 091003004 Adnane AFIFI CANCEROLOGIQUE ET MAMMAIRE El Harrani Racine 355

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE ROUDANI Anne LEBBAR Khadija EP M.P.H. 6. Bd Brahim Roudani Vers MIV Maârif - Casablanca 02 27 23 88 / 05 22 27 12 20	03/05/2020
GYNÉCOLOGIE CLINIQUE ALANNE 18, rue 1er Novembre Casablanca 334 Tél. 0524 334 334 Montant de la Facture (111,50)	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

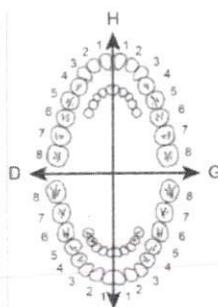
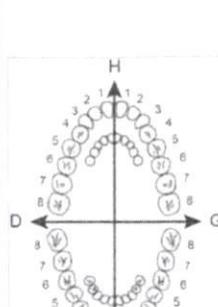
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B <input type="text"/>					25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
		25533412	21433552											
00000000		00000000												
00000000		00000000												
35533411		11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Le 18/09/2020

Dose SARITI Hand

415,00

Ultravist 300

Ultravist 300 mg/ml
100 ml de sol inj
Iopromide

P.P.V. : 415,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090495

100 ml

صيدلية الرودانی
PHARMACIE ROUDANI
Mine LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 17 74

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI - Maârif
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
20 700 - Casablanca
05 22 25 22 96 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04 / 05 22 25 13 07 - Fax : 05 22 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
e-mail : roudani.crr@gmail.com