

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 |

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

ND-17536

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAD Abderrahim

Date de naissance :

01-5-1953

Adresse :

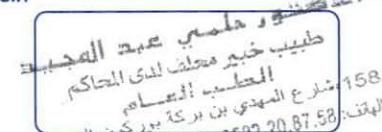
LOT WAFA H98 DÉROUA

Tél. :

06 62 65 2833 Total des frais engagés : 642,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/12/2019 Nom et prénom du malade : OUAD Abderrahim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : I Cerebral

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.

MUPRAS

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 : Casablanca le : 17/12/2019

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
١٧/٢/٢٠١٩				 <p>الطباطبائي - طبيب خارجية - العيادة الطبية المعاشرة العنوان: ١٥ شارع العودي بن عبد الله - الدور - حي المطرة - الرياض - المملكة العربية السعودية الهاتف: ٠٥٢٢.٢٠.٨٧.٥٨</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/19	642,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT 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'EXECUTION

Docteur HILMY Abdelmajid

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

MEDECINE GENERALE

158, Avenue Mehdi Ben Barka
(Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58

Gsm : 06 61 20 13 34

abdelhilmy1@yahoo.fr

الدكتور عبد المجيد حلمي

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

158، شارع المهدى بن بركة

(المقبرة سابقا) - بوركون

05 22 20 87 58

06 61 20 13 34

Casablanca, le 17/12/2018 الدار البيضاء، في :



M R ~~045~~ ABDELHILMY

~~3x 133,60~~
~~11 Duvirax 2 box~~
45.00 Mpt.

15

st 2 3 m^s
are Jentri 2102

21 Mycavane 150 mg

~~3x 31.30~~ / 94.90

~~31 Zytorie 100 mg~~
45.60 Mpt



41 Dure RI

~~6x 1.90~~ 11.40 m^s
Mpt 2 box 45.00

15

أوقات العمل : من الإثنين إلى الجمعة : من التاسعة صباحا إلى الرابعة بحسب المواعيد
من التاسعة صباحا إلى الثانية عشرة والنصف بعد الزوال

133,60

133,60

31,30

133,60

LOT
EXP
PPU

192273
10.2023
31.30

31,30

133,60

31,30

PPU: 49,60
LOT: 19F18/B
EXP: 06/18/2022

LOT: 08219012
PER: 05-2024
PPU: 49,00 DH

PPU: 49,50 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022