

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° W19-509791

18212

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matriculé : **10726**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OULADI Fatiha**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 61 21 47 35**

Total des frais engagés : **125461,15 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور إل هاichi فاطمة
Doctor El Haichi Fatima
N°1, Imm.A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél:0522.50.31.90

Date de consultation : **17/01/2020**

Nom et prénom du malade : **OULADI Fatiha** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Rhinopharyngite - Gastroite**

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.

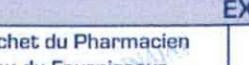
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

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
1.7.01/2020	C	C	120 DH	INP : 0910542916 الدكتورة القيشي فاتحة Docteur El Kaïchi Fatiha N°2, Imme. A2B Résidence Addamane Ain chock - CASABLANCA - TÉL : 0522-50.11.90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACEUTIQUE Jean-Michel ALEXANDRE Document de l'Enseigne 17, rue Jules Ferry Case 78 - 65 22 32 73	17-11-2010	461,10

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

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1، عمارة 28 إقامة الضمان (الضحى)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 17/01/2020

Mme OUADI Fatiha

LOT : 4581
 PER : 08-21
 P.P.V : 132DH00

132,00

1) Aclar 1g

48,50 1 sachet x 21 J. Aerts avant

2) Cotipred 20 mg

10,10 3 cp 1 J. après le petit déjeuner x

3) Dolostop 1g

44,10 1 cp x 3 J. 1, net après

4) Maxilase Sirup

226,00 1 cās x 3 J. 1, net 5 au moins

5) ESAC 40mg

1 gelule 1 J. avant le petit d.

461,10

PPV : 49DH00
 PER : 02/22
 LOT : 1367

OROFORM
 Laboratoire Général / Société Cadienne
 Sidi Bennour - Pharmacie Indépendante

Distribué sous licence
 par LAPROPHAN
 21 rue des Oudaya
 CASABLANCA-Maroc
 PPV : 44DH00.

الدكتورة فتيحة القيشي

Dr. Fatiha El Kaichi
 N°1, Immeuble 28 - Résidence Addamane
 Ain Chock - CASABLANCA - TEL: 05 22 50 11 90