

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

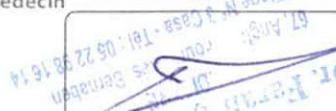
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@inupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

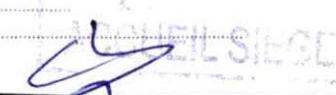
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 22874			
Matricule :	9850	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHEHBI RAJIB
Nom & Prénom : CHEHBI RAJIB			
Date de naissance : 25/04/1973			
Adresse : EL ALIA 12/26 1^{er} étage 45 EL OULFA CASA			
Tél. :	0522 91 24 14	Total des frais engagés : 379,7 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 11/02/2020			
Nom et prénom du malade : CHEHBI Salim Age: 45			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : allie à répétition			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **07/02/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES 2055 TELE: 05 22 29 49 25 R.C.: 265509 - PIE: 350 I.F.: 4043062	11/02/10	129,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Pédiatrie Générale et Urgences
 - Asthème - Allergie
 - Homéopathie

Formation Spécialisée Approfondie en Pédiatrie
de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne (France)
Diplôme Universitaire en Homéopathie



الدار البيضاء في : ٢٥ | ٠٢ | ٢٠١١
Casablanca, le :

36,10

$$P = 15300$$

CHEN Si SALIN

1) Otipax Collyre
20,20 11g x 81
22,15)
2) Banff frog
2440 1cm x 3g
3) Piralne Agnts 1g
3620 2pk ~3g
4) Eplu 8200

STADES 2010
RACIE U.I.S Casablanca
Rue Al Fouad - 25
Tel. : 05 22 25 49 25
Fax : 05 22 35873067
R.C. : 40436642

LOT: 24,46
PER: 11
PPV:

PPV (DH):
Lot N°:
U.AV:

22,50

10/11

٥٧- زاوية العرات ورقة تار، إقامة برذاب الطابق الثاني، رقم ٣ - المعاشر (جانب المركز التجاري كارفور) - الدار البيضاء - الهاتف: ١٤: ١٦ ١٥ ٢٢ ٩٨

67, Angle Rue Al Fourate et Rue Taour , Résidence Bernaben 2ème Etage, N°3 - Maârif - Extension (à côté de Carrefour) - Casablanca - Tel: 05 22 98 16 14