

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ééducation :

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 caractére personnel.

N° P19-

054555

Optique

59564

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8486 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETTI GI

MOHAMED

Date de naissance : 1960

Adresse : meine à address

Tél. : Total des frais engagés : 626,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/11/2020

Nom et prénom du malade : Rouksoua Naima

Age : 18

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : champ de la folie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1/12/20 | CS | CS | 300400 |  Dr. Farima Asmani Médecin Psychiatre 10110 30 N°2 Al Firdaus Tel: 0522-90-59-70 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 :

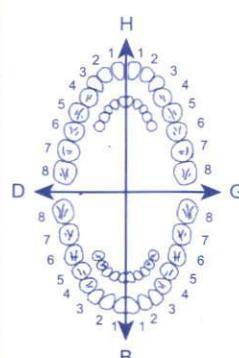
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 FATIMA ASOUAB
 SPÉIALISTE EN PSYCHIATRIE
 & PSYCHOTHÉRAPIE
 SPÉIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET ADDICTOLOGIE
 ANCIENNE INTERNE DE L'HÔPITAL
 DE BLOIS - FRANCE



دكتورة فاطمة أصواب
 أخصائية في الطب النفسي والعقلي
 أخصائية في الصحة العمومية وطب الإدمان
 طبيبة مساعدة سابقاً بمستشفى
 بلوة - فرنسا

Casablanca, le : 16/12/16 Ordonnance

n. Roseboua Naim

83,70 x 2

1) Dexoxo (55.7)

2) MP

2) Lexomil 6

(8h) - (12h) - (18h) - (22h)

144g 39,80 144g 144g

3) Laroxyl (55.7)

59,50 x 2 0,5 g - 0,5 g - 0,5 g

4) Delperide 00

صيدلانية المنجربة
 Pharmacie MENJRA
 Dr. MENJRA Samir
 16, Angle Bd. King Sinaa Rue 4
 Hay Hassam, Casablanca 1005
 Tel. 05 22 89 50 05

ID : 645439 GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV : 83,70 DH
 6 118001 140237

ID : 645125 GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV : 83,70 DH
 6 118001 140237

Laroxyl

Amitriptyline

PPV: 39DH80
 PER: 08/23
 LOT: J2220

RDV Le : A

Email : cabinetasouab@gmail.com
 Bd. Oum Rabii Lot. AL Firdaous Imm N° 30 Appt 2
 El oufia - Casablanca - TEI. : 05 22 90 59 70

INPE : 091184226

196 20

Email : cabinetasouab@gmail.com
 رقم 30 عمارة Firdaous
 05 22 90 59 70

INPE : 091184226

114019 1222
 PPV 59 DH 50
 59,50
 196 20