

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

ptique :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14673 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BRHRA Aï

Date de naissance :

08.02.53

Adresse :

BP 4002 Desb Sultanz el Fida desb
Sidiq casablanca

Tél. : 06 61 21 53 36

Total des frais engagés : 300 + 2 96 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRANI Imane
Spécialiste
Gynécologie - Obstétrique
655, Bd. EL Fida - Casablanca
10.00 05.22.21 05.22.85.21.21

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bahri Aïda Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Céphalalgie t

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

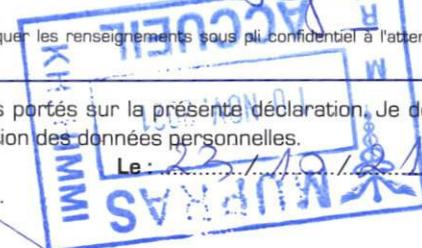
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 22/05/2018

Signature de l'adhérent(e)

DR. AMRANI Imane
Spécialiste
Gynécologie - Obstétrique
655, Bd. EL Fida - Casablanca
10.00 05.22.21 05.22.85.21.21



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
23/11/2018	C		30000 Ft	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL OUMOU lotissement el wadid Dabouz	23/12/21	296,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The upper arch is oriented with the mesial side at the top and the distal side at the bottom. The lower arch is oriented with the mesial side at the bottom and the distal side at the top. Directional arrows indicate the mesial (H), distal (D), buccal (B), and lingual (L) directions for each tooth.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amrani Imane
 Spécialiste
 Gynécologie - Obstétrique
 Stérilité - Maladies du Sein
 Chirurgie Gynécologique
 Colposcopie - Echographie
 Ancienne Interne des Hôpitaux de Strasbourg

الدكتورة عمراني إيمان

اختصاصية

أمراض النساء والولادة

العمق - أمراض الثدي - الهرأحة النسوية

الشخص بالمجهر - التشخيص المعملي

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ (فرنسا)



Sc 23/12/21

BNRA R.M.

1) - ~~Centrofertilité Fix Depuis 1993.20.54~~ (Fertilite)

PPC: 89,00DH
 LOT: CB02934
 EXP: 06/2024

Asympt / non fait 26 jrs |

la réaction inhibiteur?

2) - Imexim 20 mg
 Agt + 2/1 jrs 14/

AS
 28/12/2023

3) Spectrum 20 mg
 Agt + 2/1 jrs 05 jrs

1 80:

05 22 85 27 27 / 05 22 85 21 27 شارع الفداء - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف :

655, Bd. El-Fida - 1^{er} étage - CASABLANCA - Tél : 05 22 85 27 27 05 22 85 21 27

