

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7863

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUGI AMIR HASSAN

Date de naissance : 03/04/1967

Adresse : 86 LOT FLORIDA SIDI MAAROUD

CASA

Tél. : 06 66 82 8852 Total des frais engagés : 726,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

40, Bd. Abdellah Ezzabadi Gha
N°2 Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 68 48 66

Date de consultation : 10/10/2015

Nom et prénom du malade : MOU GHANI R SMAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

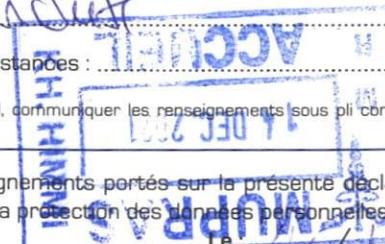
Enfant

Nature de la maladie :

Rhinopharyngite

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 : CAISI

Signature de l'adhérent(e) : MOU GHANI R SMAR

9

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 Parfait respect des Actes
1/12/2011	C.S.		21000	DR. Pierre LARMOU 05 22 88 56 00 RUE DE LA TRÉSAGET 26 CS 20000 ST ETIENNE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/12/2011	216,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane LAHLOU

PEDIATRE

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Nutrition



الدكتورة إيمان لحلو

طبيبة الأطفال

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

الحساسية والضيق

التغدية

Casablanca, le

10 DEC 2001

Age : _____

Poids : _____

307,00

ROUGEMER 0100

10

infusion 01 long -

comprom le hir

1cp le hir

1S

1 sachet x 21

21,00 x 2

fermed sachet

VIT C

1cp j du 1/2 verre

45,30

VENTLINE. 000

1S B x 6

GlaxoSmithKline
Ain El Aïcha
Région de Rabat

476,90

PHARMED | LOT : 974-6
UT.AV : 06-24
PPV : 21DH00

PHARMED | LOT : 2554
UT.AV : 07-24
PPV : 21DH00

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

40, شارع عبد الله السعدي، GH 6 رقم 2 الطابق السفلي، (أمام حديقة العمالة) سيدى معرف - الدار البيضاء
40, Boulevard Abdelmalek Essaâdi, GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca
Tél./Fax : 0522 58 48 55 - الاتصال/الفاكس : 0661 44 64 68 - المستعجلات : Email : imanlahlou05@yahoo.fr