

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

otique :

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 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1241

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraitee

Nom & Prénom : THALI

21 NEB

Date de naissance : 24 - 02 - 48

Adresse : Rue 22 n° 18/20 - Missimi - Hay Hamam

CASA -

Tél. 0661 41 84 87

Total des frais engagés : 703,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL FARISSI AKRAM
SUADEF SABL
Tél: +212 522 21 87 78
ICE:002088965000050

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 02 / 2022

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Thali

Le : 24 / 02 / 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

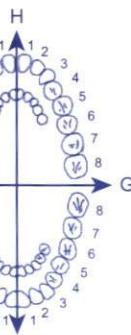
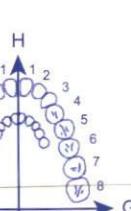
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/08/22	Vis		# 6.00,- DZ #	Dr. EL FARIS A SUDDEF SA 22522187 Tel. 002088965000 ICE:002088965000

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Soin d'urgence à domicile
et formation

Thaïli Zineb

Le 24 10 2022

• 1 Allergodil gouttes (S)

26,60

1 goutte x 2/ji pendant 08 ji

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 76DH60

• 1 Tobred Olyre 1goutte x 4/ji pendant 08 ji

26,40

(S)

Total 103,00

Dr. EL FARISSI AKRAM
SUADEF SARL
Tél: +212 522 21 87 78
ICE: 002088965000050

26,40

PHARMACIE AL OUARD
S CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av Oues Sebou - El Oulfa
Tél/Fax: 05 22 90 53 45
Casablanca
ICE : 001541468000057

SUADEF Soin d'urgence à domicile et formation

Rue soumaya Imm 82, 4^{ème} étage N° 16, Quartier Palmer, Casablanca - Maroc

Tél. : 0522 21 87 78 • Mail : Contact@suadef.com

Patente N° 34776482 • RC 405089 • IF 25287460 • ICE 002088965000050