

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W21-637276

120111

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 1268 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KOUHEN N.B. DELPAK

Date de naissance : 09.06.53

Adresse : 40, Rue D'HAIX

Tél. 066.13.69.30.6 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. JARMOUNI IDRISI
Rachid
Dermatologie - Vénérologie
203, Ed. Zerkouni - Casab

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL KOUHEN OTHMANE Age: 22

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 12-01-2011 Le : 12-01-2011

Age: 22

Enfan

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
21.06.22	C		350.00	INP : 019101825074 PT. JARMOUDI DRIBSI Rachid Dermatologie - Vénérologie 103, Bd. Zerkouni - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

P A S
 MIRABEL CASA Cachet du Pharmacien
 KAOUI, DMD du Pharmacien
 Pharmacie - ULP (Strasbourg)
 INPE : 092042829
 CE : 001841239000017
 des Fauvettes, 20410, Oasis - Casablanca
 3.11.59. Fax. : 0522.23.26.45 - mirabel9@msn.com

Date : 06.22

Montant de la Facture : 21h.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

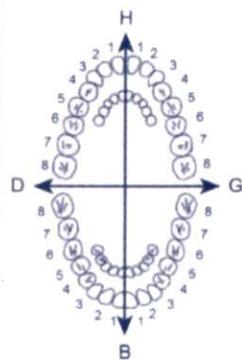
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

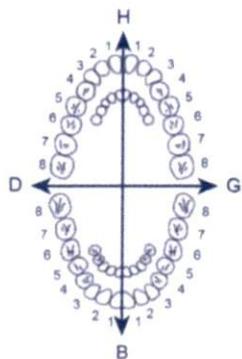
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE

JANSSEN CILAG

CLINIQUE DE MAICREMONT



6118001151264

76,00 DHS

Prix Public de Vente
AMM 122/17DMP/21/NRQ

Ph. Maroc

DE :
3738444

- Pr. JARMOUNI.
- Dr. MKINSI. S
- Pr NEJJAM. F

atalogique
ie

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27192 Bouakoura-Maroc
6118001 070800

69,00 ^{x2} Tetralysal 300 2 gélules

1 gélules/j
2x déjeuner

Evac de sel

76,00 Bridine 500 ml
2x/j

= 21h.00



• Epilation • Couperose - Varicosités • Rides-Photorajeunissement • Puvathérapie

Clinique Badr, 35 Rue El Aloussi - Bourgogne - Casablanca

Tél : 84/83/82/81/80 23 49 22 05 - 50 49 48 22 05