

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DADOUN HANAA

Date de naissance : 27/01/72

Adresse : 7, Avenue Stéphane Mallarmé CASA

Tél. : 06 61 26 66 19

Total des frais engagés : 772, 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAABOUDI, L

Pneumologue

Tél: 05 22 25 25 29

ICE: 002191091000067

INPE: 091022764

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28-11-73

Nom et prénom du malade : Dr. DADOUN Hanan

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection thoracique

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.

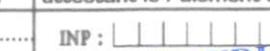
Fait à : CASA

Le : 28/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/11/23	CS		300.00 Dh	INP : <input type="text"/>  Dr. LAABOUDI, L. Pneumologue Tél: 05.22.25.5.29 ICE: 00211094000007 INPE: 09102764

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CROIX D'OR N. DADOUN 139, rue Abou Ismaïl Al Marouti (M'dina) CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 77	27 11 23	472,20-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
			<input type="text"/> DATE DU DEVIS	
			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Cabinet de Pneumologie
عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phtisiologie 20 Ans

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie

الدكتورة لطيفة العبودي - البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمجلس

20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء



أمراض الجهاز التنفسي بعمالة آنفا سابقا

السل - الضيق - الحساسية

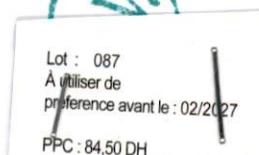
Casablanca, le 28.11.23 الدار البيضاء، في

2^{me} DADOUN
Tamez

84,50

1) Zetalex x 1 boîte

1 boîte



1/ le Soi
318,90 (79,70 x 4)

2) Azilex cp x 2 boîtes (c)

1 cp/j.

PPV: 79DH70
PER: 07/24
LOT: K2111

3) Zinaskin 45 mg
1/



28,00 (14,00 x 2)
4) Doleprotec x 2

1000

PPV: 14DH00
PER: 07/24
LOT: KL 907

لابوب مقاطعة المعاريف - الهاتف : 05 22 25 29 - البريد الإلكتروني : laaboudilatifa@gmail.com

98, Rue Abou Salt Al Andaloussi Maârif (à côté Arrondissement Maârif) - Tél : 05 22 25 25 2

ICE : 00219 1091000067 - CNSS : 7173579

PPV: 14DH00
PER: 07/24
LOT: K1853

PPV: 79DH70
PER: 07/24
LOT: K2111

PPV: 79DH70
PER: 07/24
LOT: K2112

PPV: 79DH70
PER: 07/24
LOT: K2111