

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

198146

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 767 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Labdaa Med

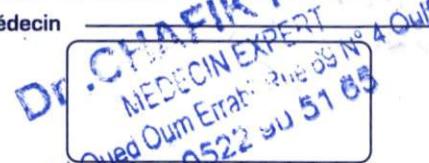
Date de naissance : 1941

Adresse : Hay El Alia Rue 3 m 28 El ouffa Casa

Tél. : 0664092165 Total des frais engagés : 1458,60 f Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2019

Nom et prénom du malade : CABDAT Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. Chafik Fouiad

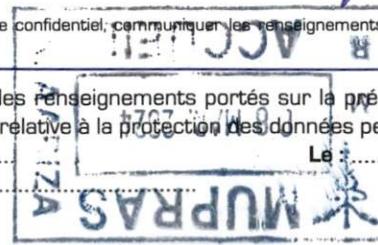
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/12/9			110.071	DR. C. YOUSSEF FOUD

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAHEDDIN HASSOUN 756, Boulevard Oued Souf Tél: 0522 90 51 05	9/2/2004	130.8,60

ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

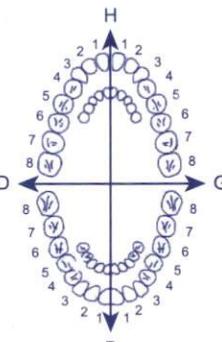
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTAL TREATMENT PLAN



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
G	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS
	DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENT PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير ملحق لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى

Casablanca. le : ٢٤/٥/٢٠١٤

ASSESSOR: Mohamed

50,70x3

- Anorectal 1S

20,70x3 87.

- Trachea 10

49,40x3 197 int

- Anorectal 1S

87,70x3

197

100,100x3

Cards 197

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
755 Boulevard Oued Sebou
Tel: 0522 90 50 06 - CASABLANCA

130,860

- uterine 197

AS

AS

CHAFIK Fouad
MEDICAL REPORT
Ouled El Hadi Rue 69 N° 4 Oulfa
0522 90 51 65

شارع واد أم الريبيع، زنة 69 درجة رقم 4 الطابق الأول - حي الالفة - الهاتف: 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء

Bd.Oued OUM ERRBII Rue 69 N° 4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca-Tél: Cab. 05 22 90 51 65

AMAREL 1MG O
CP 830
P.P.V : 51DH10
6 118000 060024
LOT : ZEEM01
PER : 10 2025

49,40

AMAREL 1MG O
CP 830
P.P.V : 51DH10
6 118000 060024
LOT : ZEEM01
PER : 10 2025

49,40

AMAREL 1MG O
CP 830
P.P.V : 51DH10
6 118000 060024
LOT : ZEEM01
PER : 10 2025

49,40

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

207,00

LOT 1306335 EXP 06/26 PPV 101DH00
LOT 1306335 EXP 06/26 PPV 101DH00
LOT 1306335 EXP 06/26 PPV 101DH00