

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.

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.

Optique :

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.

Dentaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011312

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 237 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : E.ZDOUTI Date de naissance :

Adresse : 37 et 35 Bd ABIRAK RA Rue ou lfa

Tél. : 06.06.41.27.26 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 OCT 2019

Nom et prénom du malade : E.ZDOUTI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sévère + Nerve

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 12 OCT 2019

Signature de l'adhérent[e] : fkj Le 12 OCT 2019

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
E 3 OCT 2019		✓	<i>200</i>	<p><i>Docteur HORMAT Noureddine</i> <i>Médecine Générale</i> <i>Médecin Ambulatoire</i> <i>Spécialiste</i> <i>Centre de Santé</i> <i>El Djedidou Nafissatou Mbark</i> <i>06 22 29 01 02</i></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CHAMONIX</i>	03/10/03	227,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of numbered circles (1-8) with arrows indicating clockwise and counter-clockwise directions.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HORMAT Noureddine
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibno Nafiss
Angle (ex. Jura et Faucilles)
Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين
الطب العام
الفحص بالصدى
طبيب مقبول لرخصة السياقة

51, زنقة ابن النفيس
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 81 82

Casablanca, le 3 OCT 2019 الدار البيضاء. في

Dr HORMAT Noureddine

L.O.T 191394 - 1
R.Y.P 0.5 2024
R.P.V 46 - 00

46,00

46,00

Dryshus



Fucidine® 2%
crème
Tube de 15

39,70



42,30

Collagen

42,30

22,00
22,00
22,00

Noureddine
HORMAT
Dr
18703 1121 PER
Date : 26-10-2019
Place : Casablanca
Signature : Dr HORMAT Noureddine