

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.

biologie 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.

cique :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022560

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 97021 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : SADIK Abdellah Date de naissance : 20/06/1965
Adresse : 76 Res Marmaré R' Driss 1er Apr 18 Casablanca
Tél. : 06 61 41 72 89 Total des frais engagés : 1404 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3/09/2019

Nom et prénom du malade : SADIK Abdellah Age : 54

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie de maladie de

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

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
31/03/2015	C 2		400,00	DR Mohamed LAABID HEMATOGISTE 150, Bd Bachir Belvédère - Casa Tél. : 0522 40 40 00 - 0522 24 37 42 Fax : 0522 26 1000445 - INPE : 91087445

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE DES FACULTÉS Tel: 0522 86 23 01 Fax: 0522 86 07 75 BENJELLOUN Oussama ANALYSES RADIGRAPHIES	3/09/19	1004,00	
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

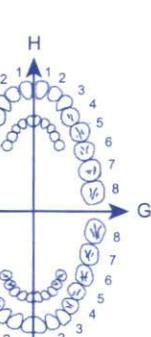
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed LAABID
Hématologie Clinique
Adultes et Enfants
Autogreffe de Moelle

Ancien Maître Assistant à la Faculté
de Médecine et au Service d'Hématologie
du C.H.U. Ibn Rochd(Casablanca)

Ancien Résident Etranger
C.H.U. Henri Mondor
(Créteil-France)

LOT: 192082 EXP: 01/22
PPV: 502DH00

LOT: 195852 EXP: 04/22
PPV: 502DH00

الدكتور محمد العابد
اختصاصي في أمراض الدم
(أطفال - كبار)

زرع النخاع العظمي
أستاذ مساعد سابقاً

بكلية الطب وقسم أمراض الدم
بالمراكز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مقيم سابقاً بالخارج
بالمراكز الجامعي هانري موندور
كرتيل - فرنسا)

3 sept 2019
ن: SADIK ABDELLAH
بالموعد

502,00 - cyclovinal 800ccg

X₂

1/sep/2019
AS

1004,00



DR Mohamed LAABID
HEMATOLOGISTE
150, Bd Bahriag Belvédère - Casablanca
Tel: 0522 40.40.60 / 0522 24.37.42
ICE: 00182227/00046 - INPE: 91087445

150، شارع باحمداء - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.24.37.44 / 0522.40.40.60 - الفاكس: 0522.24.37.42

150, Boulevard Ba Hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax : 0522.24.37.44
E-mail : m_laabid@hotmail.fr