

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.

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.

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 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

ND : 34 09 8

C

Déclaration de Maladie : N° P19- 0004631

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8764 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELBOUAZIZ OTHMAN Date de naissance : 15-11-1967

Adresse : 104 AL IDRA 2 Rue 10 N° 24 DIN 800 Casab

Tél. : 0522 82 19298 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور عمر نور
Docteur Omar Nour
Tél.: 0522 82 68 68 - 0520 01 01 07
Aut: 10740
77, Rue El Garb Casablanca

Date de consultation : 01/10/2020

Nom et prénom du malade : EL BOUAZIZ OTHMAN

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

23 J 1190

ACCUEIL SIEGE RAM

ACCUEIL

20 J 11 2020

Signature de l'adhérent(e) : *Carla*

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 : 01/11/2020

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
01/07	12	150		DOCTEUR HASSAN MOUSSA Tél: 0522 82 68 68 - 0520 01 01 01 Aut: 10740 7, Rue El Garb - Casablanca
20/07				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL AIN CHOUK 513 BE - 3ème étage - Casablanca - Tel: 5221.61	01/07/2020	2000.00 Dhs

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OMNIPRATICIEN

Diplôme Universitaire en Echographie Clinique.

Diplôme Universitaire Diététique Médicale et Nutrition.

Diplôme Universitaire en Diabétologie.

Faculté de Médecine Montpellier - FRANCE.

ELECTROCARDIOGRAMME

Médecine Générale

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 157DH00

Casablanca, le : 08/07/2020

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700

15700</