

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

- Rédaction : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W19-558583

UO700

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8928

Société : R.A.R.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHERRAADI AFAF

Date de naissance : 17.01.67

Adresse : 88 Rue ESSOUNAÏ - Laâyoune - COTTA

Tél. : 0665191227

Total des frais engagés :

298,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Asmae Berrada
159, Bourgogne El Hank
Lahdimia R.F.E April 24 - CASA
Tél: 20.50.22 - GSM:

Date de consultation : 16/09/2020

Nom et prénom du malade :

CHEERRADI AFAF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prise de tension + gênes

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Asmae Berrada
159, Bourgogne El Hank
Lahdimia R.F.E April 24 - CASA
Tél: 20.50.22 - GSM:

Le :

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
16/09/2020	Co.	14	115,00	INP : 035602196 Dr. Aouad Berrada 159, Bourgogne El Hank Lahijima RCE Apt. 24 - CASA Tel.: 26.50.22 - GSM:

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/20	115,00

ANALYSES - RADIographies

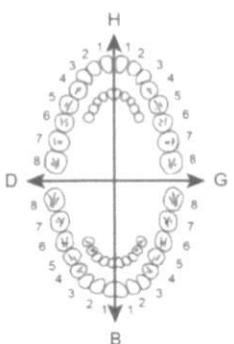
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

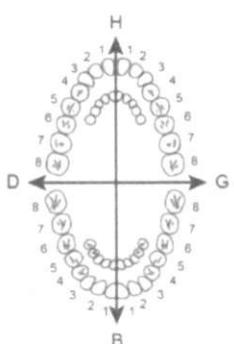
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale
 Diplôme Universitaire de Gynécologie Médical
 de la Faculté de Bordeaux
 Stérilité et Fécondité du Couple
 Colposcopie
 Echographie Générale
 Electrocardiogramme

16/09/2020

الدكتورة أسماء برادة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

Casablanca, Le :

الدار البيضاء في :

Mme Cherradi Aafaf

50,00

CURTEC 10 MG

1 comprimé le soir au coucher, pendant 15 jours

39,70

FUCIDINE

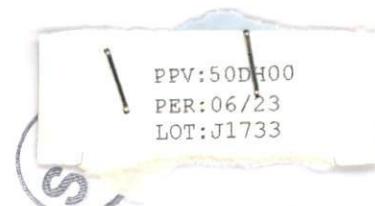
1 app .2 jour

58,40

EFFIPRED 20MG

3 comprimés le matin pd 3 jour

148,10



Dr. Asmae Berrada
 159, Bourgogne Et Hank
 Lahjajma RCE App 24 - CASA
 Tel: 26.50.62 - GSM: