

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 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

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

Nº W19-572368

CA
MD: 4120

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	19846	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENAMAR HILMI OMAR			
Date de naissance : 04/10/1985			
Adresse : 814 BD ABDELMOUMEN AG IMAM BOUSSAÏRI RES OASIS ALT 12			
Tél. : 0661 118 221	Total des frais engagés : Dhs		

22 SEP. 2020

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Dr. TAMIM ATTIA Pédiatre Tour Anwal 182, Bd. Anouar Tel.: 0522 86 03 16 - CASA 28/8/20</i>	
Date de consultation :	28/8/20
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
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.	

Age:

22 SEP. 2020

Joint



ACCUEIL

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
19/8/16	A		125 DH	INP : 1000000000000000000 Dr. TAN Pédiatre Tour Anwal 1822-86-03 Tel : 0522-86-03-186 Fax : 0522-86-03-186

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. TAN - C. CHABLANCA 19/8/16</i>	19/8/16	125 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>										

LOT/IMFD/EXP.

A69CE814B
10-2018
09-2020



Diplômée de la Faculté de Médecine d'ANGERS
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France

الدكتورة أمينة تميم

طبيبة اختصاصية
في أمراض الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بآنجي (فرنسا)
طبيبة مساعدة سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le
Dr. TAMIM Aminta
Tour Anwal 182 Bd. Anoual
Tél.: 0522 86 03 10
Fax: 0522 86 03 10

Btw AMAN Alimi Kamil

Nouci



Dr. TAMIM Aminta
Pédiatre
Tour Anwal 182 Bd. Anoual
Tél.: 0522 86 03 16 - C/SA
Fax: 0522 86 03 10

182, Boulevard ANOUAL - CASABLANCA
Tél.: 0522 86 03 16 - Fax : 0522 86 03 10
Gsm : 0661 31 64 30

182. شارع أنوال - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 86 03 16 - فاكس : 0522 86 03 10
المحمول : 0661 31 64 30