

# 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.

## 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.

## tique :

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 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.

## aladie 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

41833

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12.846

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAMAR HLMI OM AY

Date de naissance :

04/04/1985

Adresse :

214 BD ABDELMOUMEN AG SAMAM BOUSSAIRI  
RES OASIS APT 11

Tél. :

0661 118 991

Total des frais engagés :



22 SEP. 2020

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/09/2020

Nom et prénom du malade :

BENAMAR HLMI OM AY

Age :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

NO CIAL

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'atter 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/7/02	C		200000	INP : DR B316 Dr. TAN Pédiat. Tour Anwa 182 Tél.: 022 86 03 16 Fax: 0522 96 03 10

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBM TOEML S1, Bd Aouia, Casablanca Téléphone : 022 86 37 87	23/7/02	19600

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 :

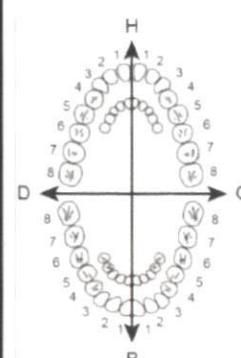
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



### [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

seringue préempêtrée  
voorgevulde snuit + 1 naald  
Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel  
ge

Voie intramusculaire/ Voor intramusculaire  
injektion  
1MIM  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 531.00 DH  
ID : 640068  
6 118001 142392

Centre de Médecine d'ANGERS  
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France

1MIM

de l'Enfant



الدكتورة أمينة تميم

طبيبة اختصاصية

في أمراض الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بانجي (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقة بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le ..... 23/7/06 الدار البيضاء

Bou Anwal Hlimi Kamel

Hlimi Kamel

Hg6, 9 VOC

Aspirin

  
PHARMACIE IBN TOFAÏL  
SEBTK. Ep. Moussaoui  
61, Bd Anoual - CASABLANCA  
Téléphone : 022.86.34.68

Dr. TAMIMI Amine  
Pédiatre  
Tour Anwal 182 Bd. Anoual  
Tél: 0522 86 03 16 - CASA  
Fax: 0522 86 03 10

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

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