

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Kiwi N° W19-577445

ND 42657

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1675

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SCALLY Fatima - Ezzouba

Date de naissance :

Adresse :

0661 42 46 68

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

scally Fatima - Ezzouba Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

scally Fatima - Ezzouba

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'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 01/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Scally

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
	C	-	G	INP : 1111111111111111 MC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

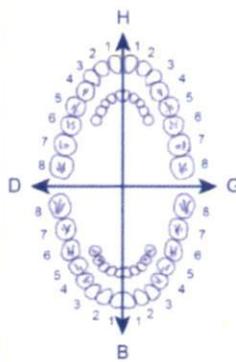
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 LADY'S KINÉ Rééducation - Amincissement - Bien-être FATIMA - ZAHRA EL GHADBANE 05 22 26 31 43	16/10/2022					2250 DA 1500 DA

VOLET ADHERENT

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

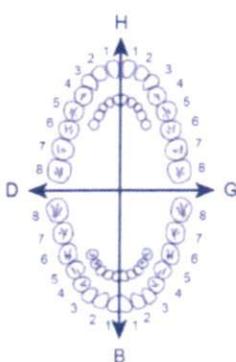


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
D	

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

On a effectué à Mme SCALLY FATIMA-EZZAOURA

15 séances de rééducation du cervicalgie.

du 3 12/10/20

au 3

1^{re} séance effectuée le 3 12/10/20

2^{re} séance effectuée le 3 14/10/20

3^{re} séance effectuée le 3 16/10/20

4^{re} séance effectuée le 3 17/10/20

5^{re} séance effectuée le 3 15/10/20

6^{re} séance sera effectuée le 3 21/10/20

7^{re} séance sera effectuée le 3 23/10/20

8^{re} séance sera effectuée le 3 26/10/20

9^{re} séance sera effectuée le 3 26/10/20

10^{re} séance sera effectuée le 3 28/10/20

11^{re} séance sera effectuée le 3 30/10/20

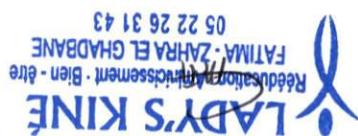
12^{re} séance sera effectuée le 3 2/11/20

13^{re} séance sera effectuée le 3 4/11/20

14^{re} séance sera effectuée le 3 7/11/20

15^{re} séance sera effectuée le 3 9/11/20.

TEL : 05 22 26 31 43 / 06 61 66 98 75 PATENTE: 35460302 / I.F: 15248771
Adresse : Anige Bdzirou et Mohamed Sedki Residence (PALMERAIE VERTE 3) - CASABLANCA



Cachet et Signature :

..... Deuxième séance cinquième rendez-vous

Arrêté la présente facture à la somme de

Montant total du

..... 2850.000

Prix Unitaire de la séance :..... 150.000

Nombre de séances :..... 15 séances / deux fois

Medcin traitant :..... MAHLIKA GUEZOVS

Nom et prénom du Patient :..... SCALLY ATIMA - E220014A

Facture

Casablanca, Le : 18/10/20

