

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 |

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.

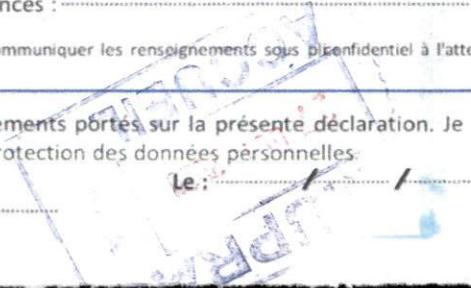
ND. 45257

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01293			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)			
Nom & Prénom : FARAS Johnson			
Date de naissance : 01-01-1946			
Adresse : Dar Lamane Bloc M B07 N° 7			
Tél. 0645577597 Total des frais engagés : 100000			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 24/10/2016			
Nom et prénom du malade : RAMAH			
Age: 70 ans			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Lien de parenté : EATI M. H.			
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'autre médecin 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 : **Le: 10/10/2016**

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
26/10/2015	Chirurgie	1	150	INP : 05/11/2015 Dr Jamil S. 26/10/2015 TPE 2, ABP 1 mail.fr 262.70.60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	PHARMACIE DU PARADIS	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUSTANE Zakia Bloc L N° 8 Bar Lamche Hay Mohammadi Tél: 0522.60.80.71		27/10/2018	1770

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتور جعيل العربي

EUCALYPTINE LE BRUH
SIROP FL 125 ML
P.P.V : 19DH20
LOT : 20E008V
PER : 04 2022

AR Omnipraticien طبيب عسكري سابق
BMH طبيب محلّف طبيب مدير بحفظ الصحة سابق

طبيب بعيادة الكهرباء

السكري - عا

خانسة الأطلا

الفحص بالصدى - تم

الهاتف 0522 62 70 69

611 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inf.
P.P.V : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

Casablanca, le :

٢٤/١٥/٢٠

الدار البيضاء، في :

091183491

PHARMACIE DU PARADIS

Dr. BOUSTANE ZAKIA

Bloc L - N° 8 Dar Lamane

Hay Mohammadi - CASA

tél: 0522.60.80.71

112,00

45,80

19,20

177,00

Docteur Jamil
Omnipraticien
Dar Lamane M, Bloc 2, App 4, 1^{er} étage
en face Pharmacie Paradis
Hay Mohammadi - Casablanca
En cas d'Urgence : 0661 16 16 30 e-mail : doc.jamil@hotmail.fr 0661 16 16 30

Gentamycine 760
S.V. ٣ مل × ٦ = ١٨

S.V. Cefalosporine
٣ مل × ٣ = ٩ ب.

S.V. Oralitine
٢٥ × ٢ =

دار لمان M، بلوك ٢ شقة ٤، الطابق الأول (أمام صيدلية الفردوس) الحي المحمدى - الدار البيضاء

Dar Lamane M, Bloc 2, App 4, 1st floor (en face Pharmacie Paradis) Hay Mohammadi - Casablanca
In case of emergency: 0661 16 16 30 e-mail: doc.jamil@hotmail.fr 0661 16 16 30
In case of emergency: 0661 16 16 30 e-mail: doc.jamil@hotmail.fr 0661 16 16 30

amples de

LOT 408
EXP 05/23
PPV 112DH00

ORDONNANCE

Date :