

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) 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : 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 à caractère personnel.

ND: 45615

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3878 Société : RAM

Actif Pensionné(e). Autre :

Nom & Prénom : OAISSI ALI

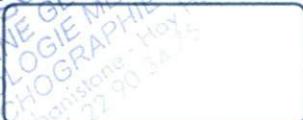
Date de naissance : 07/06/1975

Adresse : 163 N° 1 Cr ALMA

Tél. : 066237210 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02-10-2011

Nom et prénom du malade : OAISSI ALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : HTA + goutteux

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 02/11/2011

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
02-10-20	C1	1500F	INP : 1891069284 GUESSOUS Souâd INPE : C1069234 E : 0015436600096	<i>1500F</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES DE MAZOLLA

Cachet du Pharmacien
Fournisseur
Tél. : 09.93.38.88
HAY Hassan - Casablanca
N° 51 Rue 4 Mazola
Mme. BENAZZOUZ Bassam

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le

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 <input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Souâd GUESSOUS
MÉDECINE GÉNÉRALE
Diplômé de l'université de Montpellier
en Echographie Générale

D.U DE Gynécologie Médicale
de l'université de Strasbourg

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

119, Bd. Afghanistan - Hay Hassani

Casablanca

Tél : 05 22 90 34 75

الدكتورة سعاد خسوس
الطب العام
ذویة جامعة مونبوليي في الفرنس
بالمأواج عاليه الصوتية

حاصلة على شهادة أمراض النساء
بستراسبورغ

PPV: 79DH70
PER: 05/23
LOT: J1503

05 24

Casablanca, le 2-10-3

PPV: 79DH70
PER: 06/23
LOT: J1899

120

SYNTHMEDIC
22 rues zoubier hnoi al aswam roches
noires cassablanca
INEXIUM

*Dr. GUESSOUF SOU
MEDEGNA
GYNECOLOGIA
ECOLOGIA
119, 84 Alghero
tel. 050 210520*

208,00