

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

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.

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

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 P19-

050335

ND: 47 033

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8724

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNOUNI

ALADPLAY

Date de naissance : 21/07/1966

Adresse : Rue 51 lot 31 colim 1 ext calijan

Tél. 0660300003

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2011

Nom et prénom du malade : EL AOUZOUI

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : APPAREIL ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

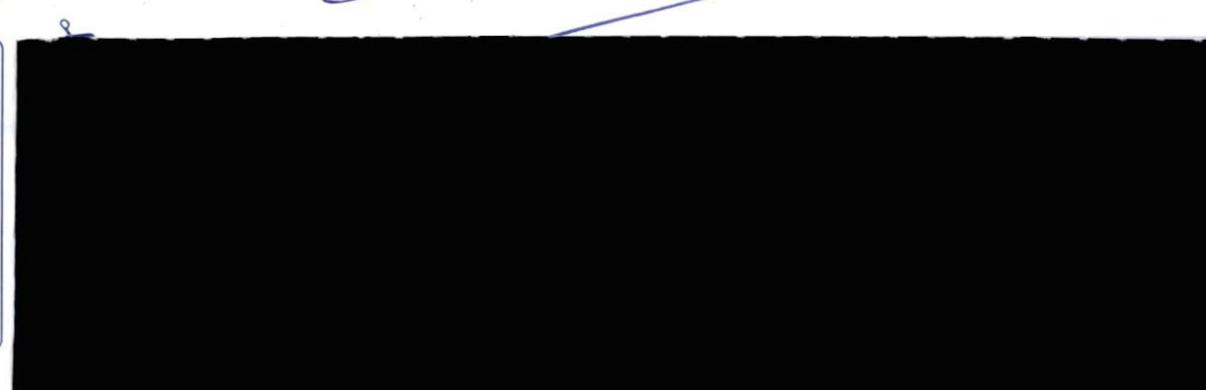
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15/11/2011

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
15/05/09	C	1	700.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CIE BELLA MADAME <i>achid MAJBAK</i> Etouan Cahitouan asablanca 5808 - Gsm : 0661240450	15/09/20	340,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

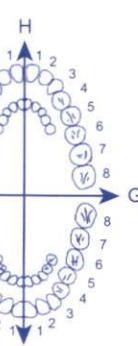
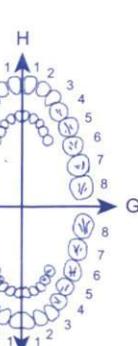
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Loubna ENNOUNI

Diplômée de la faculté de Médecine
de Casablanca

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée Universitaire d'ECHOGRAPHIE
Pose de Stérilet

الدكتورة لبني التوني

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
وضع اللولب

Casablanca, le 25/05/2008 الدار البيضاء، في

67 AVENUE DES SUDS ALMAZRAA

- | | | |
|----|------------------|-----------|
| 1) | Algesterin 300ml | 168,20. |
| 2) | Selvadex 100ml | 58,40 + 2 |
| 3) | Doligrise 200ml | 20,00 |
| 4) | Bufen 100ml | 35,30 |
| | | 340,30. |

TELE: 05 22 75 58 08 - GSM: 06 61 25 45 50
98, Bd. Tétouan Casablanca
PHARMACIE BELLA MADINA
Dr. Rachid MABJAR

مدينتي - 16 عمارة 6 رقم 11، الطابق الأول حي الأزهار أهل الغلام عمالة البرنوصي - الدار البيضاء / الهاتف : 05 22 75 51 15
MADINATI - GH.16 Immeuble 6 Appt. 11, Hay Al Azhar - Ahl Loughlam Préfecture Bernoussi - Casablanca / Tél.: 05 22 75 51 15

Dr. Loubna ENNOUNI
Médecine Générale
National ID: 16 Lot: 6 Appt. 11 Al Azhar
Tel: 05 22 75 51 15 Casablanca
00044

5840

58,40

Solupred® 20mg

PPV: 168,20 DH
LOT: 619315
PER: 03/21



Solupred® 20mg



35,30

PPV:20DH00
PER:04/22
LOT:1826

