

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

13079

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELBAOUDI Ayoub

Date de naissance :

02/08/1993

Adresse :

250, Bd M'delmaouen, Casablanca

Tél. :

0662203478

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

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'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 : 02/12/2020 Casablanca Le : 02/12/2020

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
10/11/2020	C		150,-	INP : Dr. GENEVIEVE L'ABDIAZI SOS Médecins Générale F. MUNIZ, RUE DE LA REPUBLIQUE, 13001 Signature : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

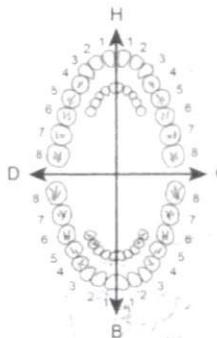
Cachet ou signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/11/2010	PSA 5850	119,00 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

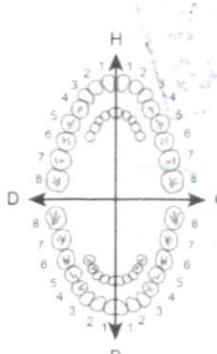
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



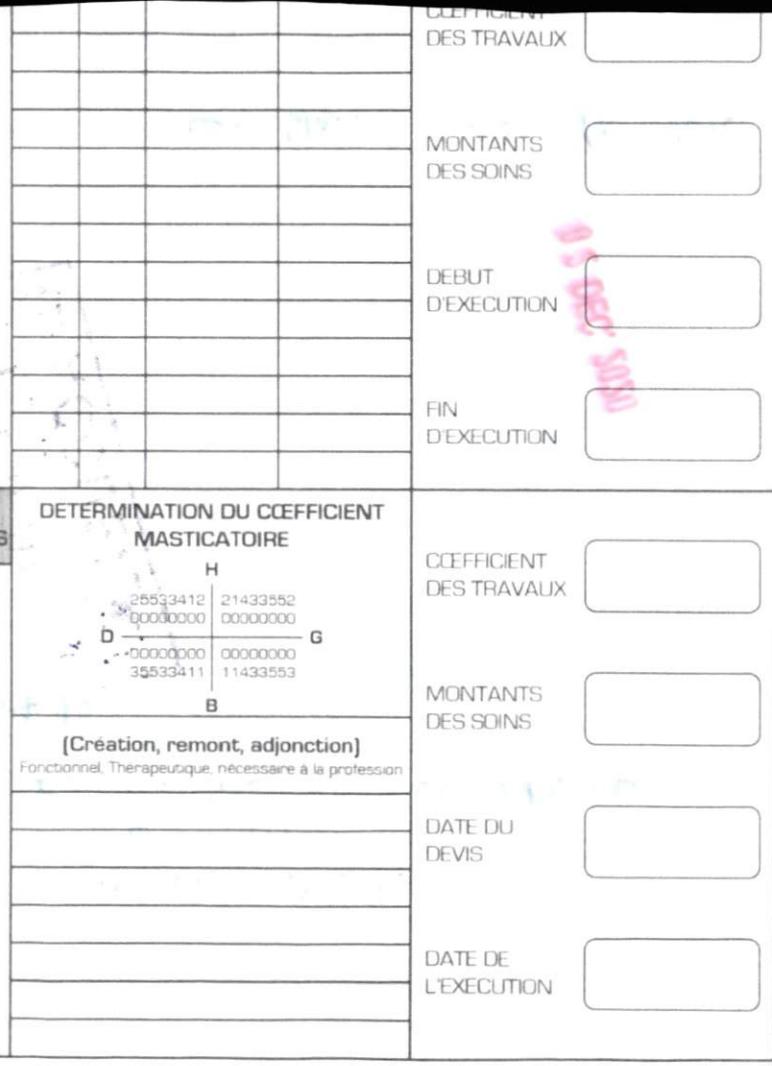
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR BENAMEUR Abdelaziz

Médecine Générale Adultes - Enfants

Attestation Universitaire d'échographie générale

S.O.S Médecins Rabat

Médecin Expert Assementé au près des tribunaux

الدكتور بنعمرو عبد العزيز

دكتور في الطب العام للكبار و الصغار

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

الإسعاف الطبي الرباط

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

Rabat, le : 10/12/2020 - الرباط في :

EL BOAADI BYAB -

Tent P.C. R

Dr. BENAMEUR Abdelaziz
 SOS Médecins - Expert Assementé
 Médecine Générale
 5, Rue Dakar - Rabat - 05 37 20 20





LIAB

اللaboratoire LIAB S.A.S.A
الجهة: جهة الدار البيضاء سطات

Casablanca le, 11-11-2020

FACTURE N° 000155560

Nom, Prénom du patient : Mr Ayoub EL BAOUDI**Date de l'examen :** 11-11-2020**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2011110186**Médecin demandeur :****Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
PS	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Sérologie SARS-COV19	-	HN
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

Total des BHN : 975**Montant total en chiffre :** 700DHS**Montant Total en lettres :** sept cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.