

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Déclaration de Maladie : Nº S19-0004120

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 09788 Société : Rym

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : HANANE Samia Date de naissance : 12/05/1962

Adresse : 3, Rue Pasteur B. LAERONNE

Tél. : 0667815818 Total des frais engagés : 200,00 + 288,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Rachid EL ARCHI
PEDIATRE
Bd. de la Grande Cinture
Casablanca
10522022212*

Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : EL G.HAY LANY

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : avec

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 : CASA

Le : 02/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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
02/12/2005			200510	<i>Dr. Rachid El Hachemi</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Nasseria N°28 El Meknaza, Nassiria Résidence Meknaza, Nassiria N°28 El Meknaza, Nassiria Tél: 03 23 32 05 06</i>	2/12/2005	28810

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt				



PÉDIATRE

Lauréat de la Faculté
de Médecine de NICE
Ancien Attaché au CHU de NICE

إختصاصي في أمراض الضعف والأطفال

خاتمة كلية الطب بجامعة نسأ

طبیب ملحق سایقا بمستشفي الجامعی بنیس

Casablanca, le 08/12/19

EL GHAYANY RADIA

Abh. 6 TETRAXIN

84,50 STERIMAR

instillation nasal. x 31; 81'

W930 HIVER NEX

1st $\times 8$ 1' apres repas

Lo, coquelus adal.

150 pp. tend les

288,10

15

12 ، شارع الحزام الكبير المحيي ، المحمدى - الدار البيضاء

12, Bd. de la Grande Ceinture Lot Nadia Hay Mohammadi - CASABLANCA

Tél. : 0522.62.73.62 - GSM : 0661.18.80.06 -