

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

Réclamations 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.

Biologie 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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0451 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAMAOUI MOHAMED

Date de naissance : 07/12/1996

Adresse : 78, Bd MIG DR ISS 1^e CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2020

Nom et prénom du malade : JAMAOUI MOHAMED

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : / /

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
31.8.2020	S	3000H		<i>Docteur LUCAS ENDOCRINOLOGUE - DIABOLIA NUTRITIONNISTE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubrenil - 75010 Paris</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE May Fois I au 23 Bd de l'Assemblée - Tel : 0222</i>	31.10.8.2020	9.8.61.00 D.t.

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

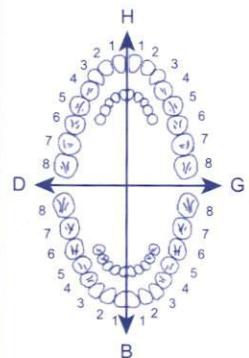
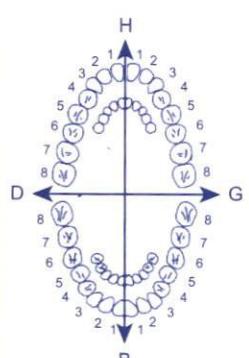
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
				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 Zineb SLAOUI DIOURI
 ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
 NUTRITIONNISTE
 Ex. Enseignante à la Faculté de
 Médecine de Casablanca
 Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري
 اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
 أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
 بالموعد

Casablanca, le :

31 Aout 2020



$$\frac{437,00 \times 2}{874,00}$$

JANUMET 50/1000 mg

$$\frac{28,00 \times 4}{112,00}$$

Glucophage 500 mg

$$\frac{986,00}{}$$

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
 ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
 NUTRITIONNISTE
 40, Angle Rue des Hôpitaux
 et Rue Dubreuil - Casablanca
 Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

Dr Hicham ABOUTAKA
 PHARMACEUTIQUE
 CASABLANCA
 25 Hs. Av. des Martyrs Bld. 80
 Tel: 05 22 20 23 45
 Fax: 05 22 20 23 45
 e-mail: hichamaboutaka@msn.com

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 191919
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

755.539.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 191919
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

755.539.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 191919
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

755.539.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 191919
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

755.539.01.18