

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

pec



Déclaration de Maladie

N° W19-526806

23492

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9634*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL ACHOURI YOUSSEF*

Date de naissance : *11/08/1971*

Adresse : *n.n*

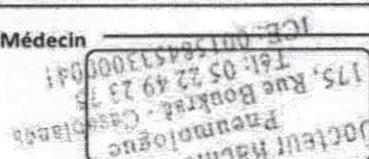
Tél. : *066 1 05 9136*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

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 : *22/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-526806

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



دَار السَّلَام
CLINIQUE DAR SALAM

NOM DU PATIENT : EL MCHANTEF YOUSSE
 CIN PATIENT :
 CONVENTION : MUPRAS

Devis

Imprimé le 03/03/2020 à 16:42:52

CLINIQUE

PRESTATION	OBSERVATION	Qté	PRIX UNITAIRE	TOTAL
BRONCHOSCOPIE	K30	1	2 200,00	2 200,00
TOTAL CLINIQUE				2200.00

TOTAL GENERAL	2200.00
----------------------	----------------

Désignation de la prestation :
Bronchoscopie

Signature :

POUR LA CLINIQUE

URGENCES 24 / 24

ستعلامات
 728 Bd Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 484 - RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
 Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
 728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 484 - RIB : 007 780 0001225000000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058
 Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 0001225000000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058
 192.168.1.10/visionhls/index.php?m=dPfact&tab=propriete&date=devis&statut=25 - www.cliniquedarsalam.ma

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطّار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires



Casablanca le : 03/03/2020

MR EL MCHANTEF YOUSSEF

bronchoscopie à jeun

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue - Casablanca
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 0522 49 23 75
ICE: 0015845300041

TOLOGYCLINIC HOSPITAL
Casablanca - Tél: 0522 38 08 88
Fax: 0522 38 08 86
E-mail: info@tologyclinic.com.ma

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca
Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35
E-mail : pneumorek@gmail.com