

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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

Déclaration de Maladie : № P19-0019370

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **4290**

Société :

PSM Retraité **Actif** **Pensionné[e]** **Autre :****CHAJ M.R.A (EPAGE)**Nom & Prénom : **HANDAOUI qad**Date de naissance : **01/06/1948**Adresse : **144 Moumen N° 127 Mohammedia**Tél. : **0663874654**Total des frais engagés : **633,20 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/06/2019**Nom et prénom du malade : **Chayli Lamine**Age : **64**Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**Nature de la maladie : **Opér. gen. M.**En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Gauche dentaire**

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 : **El Maârifah**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
12/06/19				<i>[Handwritten signatures and notes over the header area]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUINEN La Palestine Lot Mouinen N°08 El Alla - Mohammedia Tél 05 23 28 44 85	12/06/19	633120

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

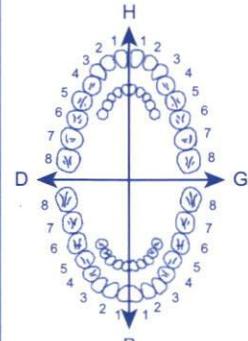
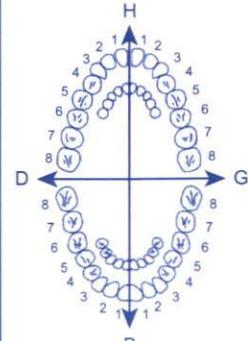
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
													
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	B	35533411	11433553
H	21433552												
25533412	00000000												
00000000	00000000												
D	B												
35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction]													
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
Coefficient des travaux													
Montants des soins													
Date du devis													
Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور ابن الحافى حسن

Dr. BEN ELHAFI HASSAN

Médecin Spécialiste

En Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

- ✓ Chirurgie et Maladie Des Os et Articulations
 - ✓ Chirurgie Prothétique et Des Rhumatismes
 - ✓ Mal de Dos et Maladies de la Colonne Vertebral
 - ✓ Chirurgie de la Main, Coude, Epaule,

Hanche, Genou, Cheville et Pied

Mohammedia le :

PHARMACIE MOUINEN
Drs. La Paledine Lot Mouinen N°08
El Alla - Mohammedia
Tel 05 23 28 44 85

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

L'otissement El Massira, Bd Riad (Mohamed 6) N°8, 1 étage. Appt N°1. (a côté d'école RODIN et Banque Populaire). Alia-Mohammed

تجزئة المسيرة . شارع الرياض (محمد السادس) رقم 8 . الطابق الأول . الشقة 1 (جانب مدرسة بودان والبنك الشعبي) . العالمة - المحمدية

CABINET 0523.31.41.54

الاستعجلات 0666.19.2004 URGENCIE



67
W. 2000
7x200
5

30,00
77 Standard
5

633,20

Mohammedia - Tel: 0 23 31 41 15
Tunisie - Rue N° 8, Avenue N° 1
Lot BI Massira
El Hassan

PHARMACIE MOUMEN
J. La Palestine Lot Mounten N°
El Alia - Mohammedia
Tel 05 23 28 44 85