

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

Déclaration

: contact@mupras.com
: pec@mupras.com



MUPRAS
RECEPTION

Déclaration de Maladie : N° P19- 0019964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2414 Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ACHIL ABDELGHANI Date de naissance : 1/1/1953

Adresse : 13 DUE MOUSSA AL AYoubi Bourgogne 045A

Tél. : 067899025 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/04/2019

Nom et prénom du malade : Bonhachir Rukha Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : névrose de Morton + malaxx infar

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 : 26/04/2019

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
26/14/19	C3		300 D/K	 Professeur Hassan El Kabbali Professeur de l'enseignement Supérieur Médecine Interne CLINIQUE MERS SULTAN

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFA Tél: 05 27 07 44 00 ICE: 44 00 TPE: 35601038 INR:	26/04/19	175,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

-778 18 - www.mupress.com
-du traitement des donnees
-Jill Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

DATE DU
DEVIS

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00

EXP 12/2020

LOT 8N019 4

INDO

15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 01/2021

LOT 80020 2

Kabli

ement



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le

25/06/19

الدار البيضاء، في

Mme Bouhline

21/06/19

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, 8d de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22.27.35.82
T.P. 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639

1) Di indo 50



53,00

14x2/1 arz rep

x 20

2) My antalgic 14x3/1x1mr

30,00



3) INEXIUM 14/1x1mr



52,60

RHD 3m

175,60

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'enseignement

Superieur

Médecine Interne

CLINIQUE MERS SULTAN

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir brou a. ouam roches
INEXIUM

20 mg
Boite 14
6405MP 21ARG
6 118001 P.P.V: 92,60 Dh
Cpr CR
020591

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca

Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74

E-mail : hassanelkabli@gmail.com