

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-428097



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAAFAAR BEN ELHASSANE

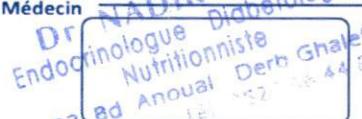
Date de naissance :

Adresse : RUE NO 4 N° 43056003 2019 CASA

Tél. : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 30/07/2019

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
01 JUIL 2013			091163000	01 NADIR T Endocrinologue Diabetolog Nutritionniste Anesthésiste Dermatologue Généraliste Gynécologue Hépatologue Infectiologue Neurologue Orthopédiste Radiologue Urologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE S. J. LAU S. J. LAU 140 Lot Sint Maarten Gouda NL Part 05 22 65 2001	08/07/13	209,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

INP : <input type="text"/>	Soins	Coefficient												
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>													
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>													
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>													
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>													
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>													
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>													
D.D.F PROTHESES DENTAIRES														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	<input type="text"/>	
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G	<input type="text"/>													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	<input type="text"/>	
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G	<input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



ORDONNANCE

Casablanca le, 08 JUIL 2019 الدار البيضاء في :

Mr - Mme : Shake Polynesian Ep. Jader

18,0

- Dimogol 10 g
1/2 g 1 j/2

1/2

à l'heure

72,3

- Energie Multi-vitamines
1/2 g 1 fois le matin à l'heure

88,0

- Additif de
1/2 g le soir

209,0

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.
160 Lot Sidi Abdellah Tissas
Casablanca
Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 86
En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue Diabétologue
Nutritionniste
182 Bd Anoual, Casablanca
Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 86
En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

ADDITIVA[®] MAGNEZIUM

300 mg

dosage f

GOÛT CITRON – SANS SUCRE



Dr. Scheffler[®]

GOÛT CITRON – SANS SUCRE

300 mg

MAGNEZIUM
ADDITIVA[®]

89.00 DH

48,00

Ch.B.: / A consommer de préférence avant fin:

L77026 05 20

DIMAZOL[®] 10 m
Cerbimazol[®]

50 Comprimés

Voie orale