

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11053			
Société : RAN			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAHBANI KHALID			
Date de naissance : 18.12.1969			
Adresse : lot 314 lejange boulevard			
Tél. : 0663338767 Total des frais engagés : 390,- Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Mina OUMILIL Professeur Universitaire - Pédiatre Professeur Universitaire 1er Etage 256 Bd. Abdellatif Ben Youssef Casablanca Rés. 0522 25 25 26 - 0522 25 25 27 Tél. 0522 25 25 26 - 0522 25 25 27 GSM: 0661 14 74 41			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SAHBANI ALAÉ Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Qui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Vaccination			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS			
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 : **SAHBANI ALAÉ** Le : **27/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

Suhaila Alae/RAN

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
27 SEP 2019	S	Brachial	INPE INP : 091201061 Docteur Maha DUMILIE Professeur Universitaire - Radiologue 198, Bd. Abdellah Benkouiten Casablanca Téléphones : 06 26 655225 25 27	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	127 SEP 2019	390,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

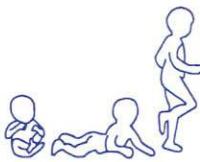
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أميل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة
بالبيضاء

الدار البيضاء ، في Casablanca, le 27 SEP 2019

Selbani

Alie

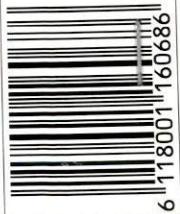
390th VariJax

100%

~~Docteur MELI OUMALI
Professeur Université de Tizi-Ouzou
250, Bd. Abdellah Ben Badis
des. Abdellah Ben Badis 25 26 - 0522 25 71
fax: 0522 25 26 - 0522 25 71
Cell: 0661 14 74 41~~

ENZI NATURE ET SANTE
Route Azemmour Hamri
Bouleld Azouz - Daz Bouzeza
CASABLANCA
Tel: 06 72 41 88 45

Pays-Bas/هولندا
VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V: 390, 00 DH
AMM 280/14 DMP/21/NNP
Distribué par MSD Maroc



**250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajes Abdelmoumen 1er Etage
(Entre Bd. My Idriss 1er & Bd. Anoual)**

Tél.Fax : 05.22.25.25.26 / 05.22.25.25.27 - Email : minaoumili@hotmail.fr - Urgence GSM : 06.61.14.74.41