

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

Prothèse :

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

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

N° P19-0025115

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN SMAÏL HANIN

Date de naissance : 1-2-1951

Adresse :

Tél. : 064664836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Colon

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 07/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : Ben/ham





مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 07/10/19

Bensmil H

| | | |
|------|-------|----|
| 740 | 04 | 22 |
| LOT | PER | |
| Prix | 99,00 | |

99,00

1/ Magnés 300

1 g 6

38,70

2/ Calcibronat de la

2880

1 g 6

3/ Vitonovip 2 cp x 3



28,80

Dr MADIOU LAM
Spécialiste
Anesthésie-Réanimation

URGENCES 24 / 24

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

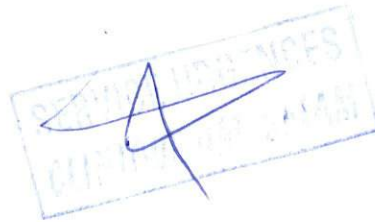
| Numéro Facture | Date Facture | Nom du patient | Prise en charge | Période hospitalisation | |
|----------------|--------------|-------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| 201910162 | 07/10/2019 | M. BENSMAIL Hamid | Payant | 07/10/2019 | 07/10/2019 |

| Désignation des prestations | Observation | Lettres Clé | Nbre | Prix Unitaire | Montant DH |
|-----------------------------|-------------|-------------|------|---------------|------------|
| FRAIS CLINIQUE | | | 1 | 50,00 | 50,00 |
| TOTAL CLINIQUE | | | | | 50,00 |

AUTRES PRESTATIONS

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--------|--------|
| DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN) | | | 1 | 150,00 | 150,00 |
| TOTAL AUTRES PRESTATIONS | | | | | 150,00 |

| | | |
|---|----------------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme DEUX CENTS DIRHAMS | TOTAL GENERAL | 200,00 |
|---|----------------------|---------------|



URGENCES 24 / 24 مستعجلات