

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TROUVER 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.

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractéristiques personnelles.

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- 0024781

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.2.1 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. ABNAW Halima Date de naissance :

Adresse : Residence El Eyp JBAD 2 Avenue 1744, 44. 401 N°6

Tél. : 06.69.26.36.79 Total des frais engagés : 250 + 76,60 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



17 OCT. 2019

Date de consultation : 25/09/2019

Nom et prénom du malade : M. ABNAW BOUNCHAIR Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 3 ANS Dq

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-19119	76,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

RELEVE DES FRAIS E

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et l'indication.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing upper and lower teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 1 through 8. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the upper arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the center of the arch. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the center of the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Distribué sous licence
— APPROPAN S.A. —
21 rue des Oudaya
Casablanca — Maroc
PPV: 76DH60

Docteur Tawfik Jellal

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

* Angiographie

* Laser * Lentilles de contact

* Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآلي

العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 25/09/2015

N° boucheb Abad

Vees + Ambulc. Veux progrès Ant. reflets

V L 05 +0,25
- 09 +1,0 (- 2,0 = 90°)

V P add +3,0 8/4

Vue 6 2 yeux

-76,60 Allogodol 8/3

PHARMACIE OULMES
LARAKI ANGLE BO HAKIMA
Y EL MANSOUR 363806



24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir) 1er étage -Casablanca-

Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

05.22.20.94.31 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير) الدار البيضاء / الهاتف :