

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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° W19-468066

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0406

Société :

Optique

CP

Autres

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILAL M'HAMED

Date de naissance : 01/01/1934

Adresse :

Tél. : 0690435943

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. Jalal HASSOUN
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
42 Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 OCT. 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/10/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-468066

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par 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
05.11.2019	CS	GT	pr. Jalal HASOUL Chirurgie Orthopédique 42 Rue des Hôpitaux - Casablanca Casablanca 05/11/2019	Dr. J. Hasoul Chirurgie Orthopédique 42 Rue des Hôpitaux - Casablanca Casablanca 05/11/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ABONNEMENTS		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hay El Hana Tel 05 22 36 87	05/16/19	231,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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.



Casablanca, le

05/05/2019

ORDONNANCE

Mr. Hicham Nhamed

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTG
70062392/
120916-1
6 118001 160044

133,00

4 ARCOXIA 90 mg



14,86 Lpx 1' x 7 jims pft 2fus

2 Dolastop 1g



53,20 Max 31' x 10jms

3 Spectrum 500.



231,00 Lpx 2' x 5 jms

4 Novex 64 ml

lms 8c 1' x 10j

PHARMACIE CLINIQUE ANFA
Dr. BENAYED Nouai
141 Bis, Bd Sidi Abderrahmane
Hay El Hana - Casablanca
Tel 05 22 36 87 62

Pr. Jalal HASSAN
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
42 Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux
Casablanca
Membre du réseau de cliniques

evya