

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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

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° P19-0009992

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

couple

Matricule : **4411** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HAMAR MED** Date de naissance : **21/12/60**

Adresse :

Tél. : **06 61 31 99 40** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DOCTEUR NARJISSI
540, LOT EL WAFA DEROUA
ACCUEIL
45 NBV. 2019*

Date de consultation : **29/10/18**

Nom et prénom du malade : **Belkhem et Mohamed** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Boule de poche + Eczema

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) :

Gh

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
25/06/08	1	1200		
				DOCTEUR NATHAN MÉDECIN GÉNÉRAL Tél : 05 22 52 10 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY MANZAH  SARL AU Dr. A. Manzah Imm 2 Mag 1 INPE: 062088778 Tél: 05 22.51.51.84</p>	29/10/179	452.00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

عامر

البيضاء
البيضاء

PPV: 168,20 DH

LOT: 615272

PER: 10/20

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date: 28/11/18

Nom: Bel K. Rhamar Ndiomed

168,20 x 2

T = 452,00

1st August 18 (2 boxes)

58,40

2nd Solupred gel

PPV: 168,20 DH
LOT: 599327
PER: 01/20

Leptilane

58,40

40,00

3rd Desnord gel

Solupred® 20mg

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
6 118000 161301

17,20

Leptilane 1g

4th Nitrosgel

Prochain rendez vous:

MITOSYL IRRITATIONS
PDE T65G
LOT: 614209
PER: 09/2021

MITOSYL IRRITATIONS
PDE T65G
P.P.V.: 17DH20

6 118000 061311

الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua -

الموعد المـ

DR NARJISS
GENERALIST
540 WAFAA DEROUA
27/53

T = 452,00