

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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° S19-0018451

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 86.6.8 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHITANH YASSINE ELHAD Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.67.21.12.21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

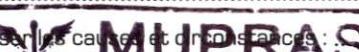
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aura 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) : ACCUEIL

 **MUPRAS**

12 NOV. 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8668

Nom & Prénom Tari Youbi 148801 EL KAS

Fonction MAP B1 Phones 06 67 21 10 21

Mail tarifyoubi@royalairmaroc.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 29 ans

Date 16 OCT. 2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

infection

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>h</u>	<u>1</u>	<u>269000</u>

Dr. Ghali MEDICINE ALAMI
Centre de Santé
281, Bd. Hassan II
Casa - Tel: 0524 48 42

PHARMACIE

Date 26/10/19

Montant de la facture

228,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des

AM PC IM IV

Honoraires

MUPRAS
ACCUEIL
12 NOV. 2019

الدكتور الغالي مشيش العلمي

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Route d'Agadir
240, Bd Brahim Roudani
PHAKIMACHT
Tél: 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17
Fax: 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17

Casablanca 26 OCT. 2019

Trifoulli Yann.

1/ Bernard

27/10/2019 Jeudi

2/ Naïl G SV

3/ Naïl G SV
3/ Clémentine Feltz SV

4/ Naïl G

4/ Naïl G

12.05.77
Brizanu type 3 

13th 22,50 — 100 kg 640 fl.
+ Bowfet 3rd ——————
100 kg 640 fl.

$$T = 222,90$$

Dr. Ghanshyam Patel
261, D. S. Road, Dahanu
Tel: 05277111

PHARMACIE
Route de l'adida
240, Bd Grégoire Roudani
Tel. 05 22 46 57 46



27,10

PPV (DH) :
LOT N° :
UT. AV :
22,50

CLAVULIN®
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT
..... sachet(s) fois
jour à prendre de préférence
au début des repas, pen-
..... jours.
..... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

..... sachet(s) fois
jour à prendre de préférence
au début des repas, pen-
..... jours.
..... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV : 79,90 DH
LOT : 586292
PER : 10/20

موكسول
مجردة كبسولة
مدون سكر

755.497.04.18