

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.

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 caractére 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

9492

12835

Déclaration de Maladie : № P19-0004497

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9492 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HARRY Moham date de naissance : 01.01.1953

Adresse : Lot Haj Fateh N° 132 souffra casa

Tél. : 05 22 95 18 01 Total des frais engagés : 216.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2019

Nom et prénom du malade : EL HARRY MOHAMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : dg1 orthopé

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie № P19-0004497

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9492

Nom de l'adhérent(e) : EL HARRY Moh

Total des frais engagés : 216.40

Date de dépôt : 03.12.2019

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
25/11/19	CS		150,00	Dr. Asma FAIK SSAOUDI OMNIPRACTICienne Oulfa Le 1 ^{er} étage G-13 Imm. 1 RDC - 1 ^{er} étage - 2 nd étage - Tél. : 0522 99 41 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hajj Hamza - N° 3 Louna Blanca - Tel: 0522 99 10 28	25/11/19	66,40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'os.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system with axes D, G,				

Omnipraticienne

Diplômée en échographie
Diplômée en Gynécologie
Suivi de grossesse et Infertilité
de l'université de Bordeaux



طبية (رجال - نساء - أطفال)
شهادة جامعية في الفحص بالصدى
شهادة قلب النساء متابعة الحمل
صعوبات الإنجاب و العقم
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le

25/11/2019

EL HARRY MOHAMED

ID : 633975
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17.40 DH
6 118000 161295

LOT :

EXP :

PPV :

49,00

17.40

49.00

66.40

STEPHANIE HAMZA
Cabinet Medical
Lot. 6 N° 3 Lot. 64
Ladis, Haj Salim Rue 6 Casablanca - Tél: 0322931028

1)

Dieux le chien



Belvadol 2g (8141)

gel 100g au sucre

x 100g

