

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

iologie 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.

ique :

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 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.

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

Nº P19-0039432

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2074

Société :

25016

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BÉNAMAR M'HAMED

Date de naissance :

15/07/1953

Adresse :

RTE Maghnia lot Talhaoui Rue B3 N°41
OUTDA

Tél. : 06 11 87 25 96

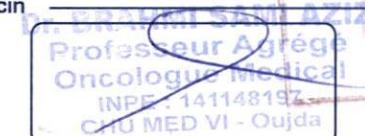
Total des frais engagés :

79,00

Dhs

13 MARS 2020

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

4/1/20

Nom et prénom du malade : Mme ABDEMOUMNI RAHIMA Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cancer du sein

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 : OUTDA

Le : 27/02/2020

Signature de 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4.01.2016	79,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Labels											

411120

Dr me ABDELHOUSSINE RACHIDA

30.50

① Imodium S.V

2 gell après la 1^{ere}

la selle liquide puis

3 gell /u⁺ (max = 8gell)

48.50

② Cotipred 20 2cp S.V et 1/2

le soir de la 1^{er}

à 16⁰⁰

T=79.00 puis 2cp et 1/2 poft 3j

صيدلية أزهار إسلامي
PHARMACIE AZHAR ISLAMI
DR. RAM MAHMOUT
DRA - Tel: 0536 522 410

DR SAMI AZIZ
Agree
Med
141148197
20 VI - Oujda

www.alkindyoriental.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda
Tél : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85
E-mail : contact@alkindyoriental.ma

IF : 25084346 ICE : 00203718200033 RC : 400181 Patente : 34256327

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de mésasulfobenzoate sodique)

Excipient q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de mésasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indication contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 07-22

LOT : 11737

bottu à
82, Allée des Capucins - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouche - Pharmacien Responsable