

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

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 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 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0041704

ND: 952M

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2741

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID Ahmed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Rue 1 Villa 43 Elhouda Berrechid

Tél. : 0668640833

Total des frais engagés :

4603,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/03/2020

Nom et prénom du malade : Hafid Ahmed

Age:

Lien de parenté : Lui-même Parent

Enfant

Nature de la maladie : Abdallah

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Abdallah

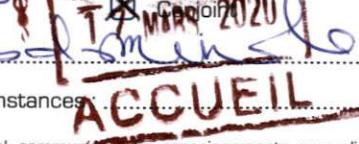
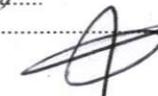
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 04/03/2020

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
04/03/2020	Actes de SOINS	1	150,-	DOCTEUR TARIK IBNOU ZHOUBI 1 RUE TARIK IBNOU ZHOUBI RECHID TEL: 0522-324400 06 76 45 48 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARINA ASMOUN Samir Doktor en Pharmacie 2, Rue ALSALAM Hay Al Houssein BERRECHID Tunisie 2228494	04/03/2020	453,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

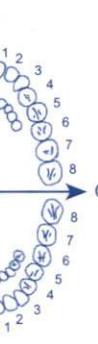
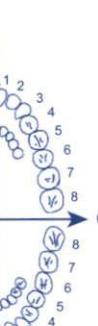
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AAKA'A
ASMOUN Samir
Doktor en Pharmacie

12. Rue ASSALAM Hay N Houda
BEKRECHID
TAI : 05 22 32 44 55
DOCTEUR MOUNA AMM
ORNAPRATICEN
41 RUE TARIK IBNOUZZADE ETG 1
BERRECHID TEL: 0522324455
0526 45 48 49

ORDONNANCE

Le . 04-03-2022

Amina | LOT 19/02
PER 02/2022
PPV 160 DH 60
160,60

E Sacko | S.V. | 2/8 Pdt (7)
160,60 | 1/8 Lentim

65,00

pus 1/8

190247705
2022-03-09
Promoplus Pharma
PPC = 65,00 DH

2) Reflexal

45,90

S.V.

LOT : 5208
UT.AV : 09-24
P.P.V : 45 DH 90

3) Thibautine

23,00

S.V.

23,00

4) Prostekin

68,60

S.V.

68,60DH

MOUNTAIN
ORNAPRATICEN
IBNOUZZADE ETG 1
0522324455
0526 45 48 49

06/2022
0176K

Via de
Importe
BALAM Hay N Houda
BEKRECHID
0522324455

VIT UP

LOT : L9169/2A
DLUO : 07/2022
PPC : 89,90 DH
PHARMA CONNECT

T: 453,00