

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.

Rééducation :

- 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

La 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° W19-457826

ND- 98051

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK

Hicham

Date de naissance : 10/10/31/1972

Adresse : Lot AL OTARIA IMN N° 328 Rue 1

AN CHOK

Casa blanca

Tél. : 06 73 73 58 97

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypoplasia - Bicuspidia
gauche

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Professeur FAYSSAL FAZAKA
Chirurgien Pédiatre /
Centre Commercial Nodia /
Immeuble N°4, 1^{er} Etage Apt N°3
Route d'El Jadida - Casablanca

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-457826

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
13/02/2022	3	6000		INP : [REDACTED] Professeur Faycal LAZRAK Chirurgien Pédiatre Centre Commercial Nadia Mm. N°4, 1 ^{er} étage Appt N°3 Route d'El Jadida Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'Hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Bd Abderrahim Bouabid (Ex. Jerrada) - Oasis - CASA Tél : 05.22.25.34.85	13.02.20	162,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
[DENTAL CARE DIAGRAM]				INP : [REDACTED]
				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
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et Prénom :

Raufi... Med. ABDELLAH NANE

1. Alimentation à 12H45'

2. Enlever la compresse vers 14H

3. Septispray
4 fois/ j pendant 7 jours

4. Vaseline
4 fois/ j pendant 7 jours

Avant d'appliquer la pommade
bien décalotter en poussant la peau de la verge vers le pubis pour
empêcher les adhérences avec le gland

5. Vaseline sur la couche en regard de la verge

6. Dolipédia
1 dose de 110ml... 4 fois /j pendant 3 jours

7. Bain au 5ème jour

8. Consultation au cabinet le Jeudi 16H30'
(Contacter la secrétaire sur 0522 25 69 70 pour préciser l'heure)

NB : Si vous remarquez une plaque blanchâtre sur le gland, ne vous
inquiétez pas , cela fait partie du phénomène de cicatrisation.

Ne pas toucher le faussement

AMRANI M'Hamed
Pharmacie SAAD
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA
Tél : 05.22.25.34.85

Lot : 181635
Per : 01/2021
PPC : 13,50 DH

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17 DH 50
PER 09 / 22
LOT 12159

27330

