

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-444999

ND: 30735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 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) :

25 02 20

ES

INP : 131075
DOCTEUR JALAL RIEM
CARDIOLOGUE
Rue d'Iran - Hay Ibn Sina N° 4 Temara - Cent II
Tél : 05 37 64 20 60

ANCES

Montant de la Facture

CHIES

[illegible]

X

[illegible]

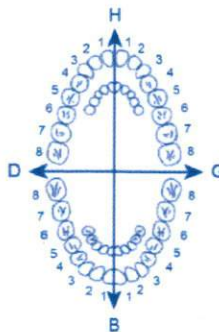
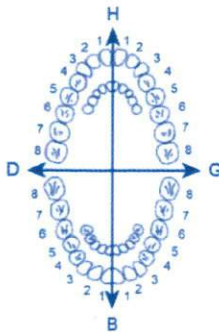
- **Indapamide**

LOT: 171230 PER: 09-22
PPV: 29,30DH

LOT: 014
PER: SEP 2021
PPV: 140 DH 00

VAL 100m

Valsartan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coeffi	Valsartan
					<div style="position: relative; height: 100px;"> 97,60 <div style="position: absolute; bottom: 10%; right: 10%; background-color: #800000; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;"> Redlip 20 mg Simvastatine 30 comprimés pelliculés </div> </div>
					<div style="height: 100px;"> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <hr/> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <hr/> <p>DATE DU DEVIS</p> <hr/> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div style="margin-bottom: 10px;"> $\begin{array}{r l} \text{H} & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline \text{D} & \text{G} \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline \text{B} & \end{array}$ </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز أمراض القلب و الشرايين
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

الدكتور جلال كريم
Docteur Jalal KRIEM

Tél. : 05 37 64 20 60
Fax : 05 37 74 14 48
E-mail : drjkriem@gmail.com

Témara, Le 25/2/16

M^r MINA SAÏZI EP
KTIRI

2930 Glomerid 1,5³
1 p/j le nt

9762 Valpiti 160³
1 p/j le nt

2661 Redlip 20 = 1 p/j le nt

Dr. Jalal Kriem