

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

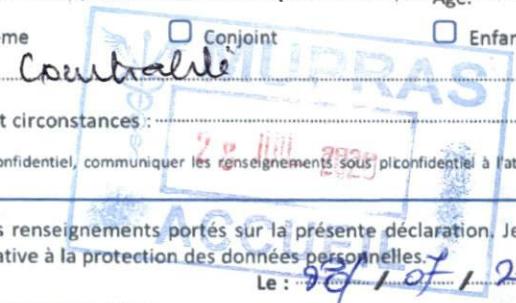
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-542557 (02816)

N°D: 34907.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2516	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HARCHACHE EL MAACHI			
Date de naissance : 07/12/1956			
Adresse : Hay Hakkani Blok 102. DB EL AMAL. CDTA			
Tél. :	0678567787	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Dr. SAMI Mustapha Neuro-Chirurgien 39, Bd. Rahal El Meskini Tél. : 0522.31.44.76 - Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	14 JUIL. 2020	Age :	Harchache Khalil
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Courbatalie			
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) : 
 Le : 09/10/2020

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
14 JUIL. 2020	G	4000		INP : 091124230 Dr. SAMI TÉL : 35 35 35 35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL SAN PHARMACIE CREA M.TAHIRI HASSAN 10 Ave. Afghanistan El Hassan - Casablanca Morocco - Fax: +212 32 29 10 00	14/07/12	717,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISIT ET CARACTÈRE DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

valable 3 mois

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sans dupli confidentiel)

Je soussigné :

DR. SAMI Mustapha
N°110 - Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. : Nareha Khaled

Présente complète

Nécessitant un traitement d'une durée de : Indéterminée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

DR. SAMI Mustapha
N°110 - Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
ELECTRO ENCEPHALOGRAPHIE
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA
Tél. : 05 22 31 44 76
05 22 45 05 64
Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76
Sur Rendez-vous

الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماغ
جراحة العمود الفقري
التخطيط الكهربائي للدماغ

39. شارع رحال المسكيني - البيضاء
الهاتف : 05 22 31 44 76
05 22 45 05 64
فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 4235 ل 76.2.2
الزيارة بالموعد

14 JUIL. 2020

Casablanca, le

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hassani - Casablanca
Tel. 0522 31 44 76 - Fax : 0522 99 46 04

n° Tarchech Khellé

239.00 X 3

Lamictal 100

1/2 - 0 -



ID : 644621 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

ID : 644621 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

truit kru (3) mis

ID : 638940 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

Dr. SAMI Mustapha
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél. : 0522 31 44 76 - Casablanca