

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 lecture 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-548447

ND: 35584



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

04217

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KAHALLAHIA MUSTAPHA

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

42 PASSAGE 13 HAY TISSIR 2
BERRECHID

Tél. :

0706 75 9374 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur R. ISMAÏL
 Spécialista des Maladies de l'Appareil
 Digestif
 Maladies du Foie Proctologie
 112, Bd. d'Anfa 4ème Etage
 Tél : 0522.43.27.36 - CASABLANCA

Date de consultation :

04/09/2009

Nom et prénom du malade :

1/2 KHALLAHIA MUSTAPHA Age:

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestif

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 : 01/09/2009

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
01/07/2020	C3		6	INP : 091070007 Professeur R. DES Malades de l'ANNEE 4eme Etage CASARLANA

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N. DADOUN Pharmacie de la SAKA Abou Ishaq Al Maroufi (Maârif) ANCA - Tel. 0522 25 03 71	01/07/20	6. 367,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE									
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
B	B										
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE CROIX D'OR

139, RUE ABOU ISHAK AL MAROUNI MAARIF - CASABLANCA
ICE : 001541124000033
Tél : 0522-25-05-77
Patente : 35704401 - RC 185358 - IF 40709641 - CNSS 1118513

Facture N° 106 828 Du 01/07/2020

MR KAHALLAHIA MUSTAPHA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
IN	ALBUNORM 20% FL/100ML	4	1 096,00	4 384,00
CO	XELODA 500MG//120CP CAPECITABINE	1	1 983,00	1 983,00
2	Total	5		6 367,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX MILLE TROIS CENT SOIXANTE-SEPT DIRHAMS

