

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothétique :

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.

Déclaration de 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

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

Nº P19-0036268

ND: 38843

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 630 Société : RAI

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

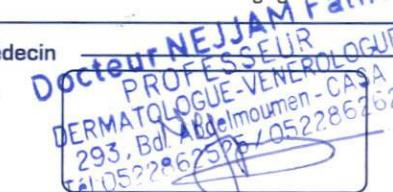
Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHERAT RNE1 APT 1. IN 80 OULFA CASA

Tél. : 06.70.98.62.80 Total des frais engagés : 1184,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : HAJIL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

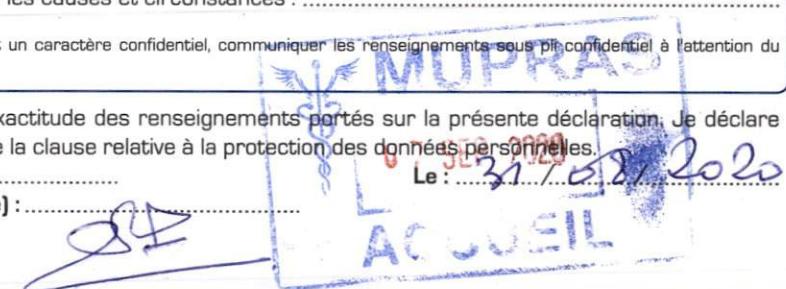
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 31/08/2020

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
31/08/2020	C	1	Fr 350,-	<i>Docteur NEJJAM FAYE PROFESSEUR DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE 293, Bd Abdellah Ben GASSA 922867575 / 05228627627</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SIDI HAMID Groupe : 05228627627 Tel : 05228627627 INPE : 0920541018</i>	31/08/2020	834,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H points to upper central				

Professeur NEJJAM Fatna

Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجاح فاطنة

أستاذة سابقة بكلية
الطب الدارالبيضاء

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتجميل

Casablanca, le: 31.18.2020

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca.
ONYSTER PT UREE DM 10G
PPC : 260,00 DH

15 HAJIL Toleren 260,00

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K PHARMA N° 23/25
EL Oufia Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 6
I.C.E : 000500246000

LOT: 200011
PER: 01-22
PPV: 20,00 DH

16 ONYSTER. pâle

→ ongle malade so → seebeis, 1-2 sem

70,00 X 2
LOT: 200011
PER: 01-22
PPV: 20,00 DH

20) Tégumex 250 mg

le dr entre les stéis

84,20
LOT: 26553F/3
PER: 06-2019
PPV: 20,00 Dhs

30) Demofix 100 ml

le matin entre 15 stéis

205,00
AMM: 404/17DMP/211

Après

40) ONYXINÉ veris

2 fioles 15 stéis → malade.

59 Cicalfate



115,00

1 x 2 fls → petit aude

60 Locatop

30,00

LOT 20/07/2023

LOCATOP 0,1%
CREME T30G

P.P.V : 30DH00

6 11800001012061

le dr x 18rs → petit aude

=====

Docteur NEJHAM Fatna
PROFESSEUR
DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE
293, Bd. Abdelkouït - CASA
Tél: 0522862525 / 0522862527

834,25

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oued, Casablanca
Tel: 05 22 88 09 63
I.C.E: 000500246000026

NP