

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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° P19- 049014

ND: 41539

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WASIMI MOHAMED

Date de naissance :

10/01/1983

Adresse :

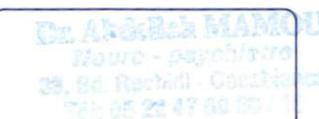
33 Rue 121 HAY OULFA CASABLANCA

Tél. : 0677066053

Total des frais engagés : 640,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

8/9/2020

Nom et prénom du malade :

WASIMI Mohamed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Psychiatrie copie Mme. Rania

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

25 SEP. 2020

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 : Casablanca

Le : 08/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Wasim Mohamed

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20.09.20 | CSNP | | 400 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Délégué | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| TAHIRI-JOUHAD Docteur 181, angle Bd. Oued Sebou Rue 150, El Oulfa ASABLANCA Tunis - Tunisie | 28.09.22 | 40,30 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

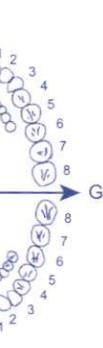
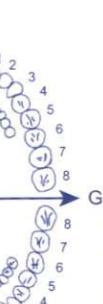
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | | 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

الدكتور عبد الله مامو
Docteur Abdellah MAMOU

NEURO PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux

اختصاصي في الأمراض العقلية والتفسانية
حاصل من جامعة أنجيه على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات باريس
طبيب محلف لدى المحاكم

8.09.20
Casablanca, le الدار البيضاء في

7^e WASNIT - Mohamed.

91,00 DH = 18,00

- S. C. TAP 5 = 18,00

LOT : KE00008
PER : DEC 2021
PPV : 91 DH 00

22,60 - Topiramate 675 mg
1 cp le soir

LOT : KE00008
PER : DEC 2021
PPV : 91 DH 00

Amoxicil.

Lot : PL1335A
Per : 12/2022
PPV : 22DH60
22,60

35,70
= Aljorog 1,
240,30 1/2 au b.

LOT : 201644
PER : 07-2023
PPV : 35,70

Durée de Traitement 3 mois.

R.D.V. le 08/12/2022 à 11H00

Rhymid 32
1/2 liter

~~DR. ANTHONY WAMOU~~