

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-558179

43357

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04921

Société :

LA MI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ADALATE

Mohamed

Nom & Prénom :

Date de naissance :

01-01

1959

Adresse :

17 Bd la résistance Berrechid

Tél. :

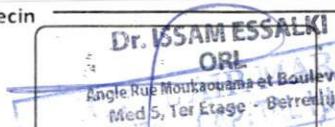
06 68 44 87 05

Total des frais engagés :

200 + 365, 40

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/02/2020

Nom et prénom du malade :

ADALATE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ADALATE

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 : Berrechid

Le : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-558179

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

04921

Nom de l'adhérent(e) :

ADALATE

Total des frais engagés :

565,40

Date de dépôt :

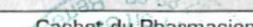
01-02-2020

Coupon à conserver par 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
24/08/2023	BS	02	200.00	INP : 061463304 Dr. ISSAM ORL 5, Rue Moukaouana et Bouda 5, 1er Etage, Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.08.2022	365,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphène,
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي
أمراض حركة الأنف. الأنف
الحنجرة. العنق والوجه
الدوخة الصمم. رنين الأذن
الشخير. اضطراب الصوت

DATE : 24/08/2020

Yasser Adnan

83. 20 d 2 = 166,67
1. Spectrum 6 to S.V
14 a 21 J p 10 J

40. 10 2
I Sobe 2nd (S.V)
34 J p 15 48 → 3



NADIA (S.V)
2nd = 21 J p 15 J

83. 10 4
AMer - 2

تجزئة 1، زاوية مشارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تاب  حي الزهراء - برشيد
Lot 1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID

Tél.: 05 22 32 57 57

