

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.

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.

Prothésiste :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° P19- 045849

ND: 43792 M.H

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 123 18 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DERKAOUI ABDELLAH

Date de naissance : 28/07/1985

Adresse : VILLA N° 52 NEXT HOUSE

JAR BOUZZA
Tél. : 0660195964 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : CHIKARMOU FAYHA Age : 33

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

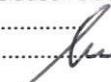
Nature de la maladie : Dermatosé + infect. virale

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 : 09/10/2020

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
23/09/2020	Cr.	1	15.000	Dr. A. A. R. MOU Nigla Rue 7A P.O. Box 1000 Ibn Tachfine CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/2020	524,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR CHKARMOU MOHAMED

Diplôme de Médecine du travail
Expert Assermenté près les Tribunaux
MEDECINE GENERALE
11. Angle Rue Zineb Ishak Bd Hassan
Alaoui et Bd Youssef IbnouTachfine
CASABLANCA
Tél: 05 22 62 02 92



الدكتور اشكارمو محمد

خريج كلية الطب بنانسي
خبير محلف مقبول لدى المحاكم
الطب العام
11. زاوية زينب إسحاق، شارع حسن
العلوي و شارع يوسف ابن تاشفين
البيضاء - الهاتف : 05 22 62 02 92

CASABLANCA.LE

23/9/2020

37,10 x 3

Fedwa Chkarmou

1) Rosex 3 x 5 (S.V)

(78,10) 1/2 - 791 157

2) Serhexape (S.V)

96,90. 2 117

3) Leptimise (S.V)

4) 39,70 x 2 1/2 Sfermene x f

Fucidine cines

39,70

5) Fucidine f 1/2

932,00 1-791. 1649-

6) Ceftriaxone 1/2 x 5 (S.V)

15 des 50 - 1/2 x 5 (S.V)

524,50

Dr. Mohamed CHKARMOU
11, Angle Rue Zineb Ishak et Bd.
Zineb Ishak et Bd. Hassan Alaoui et Bd. Youssef IbnouTachfine - CASABLANCA
Tél: 05 22 62 02 92

