

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.

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.

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

Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 061597

ND-44818

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10153 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Marhouna Benabbar

Date de naissance : 06/03/68

Adresse : 38 Rue Allal Ben Abdellah El marrakech

Marjane cas -
0666303635 Total des frais engagés : 536,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/09/2020 Le : 05/09/2020

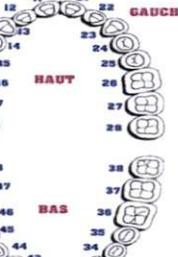
Signature de l'adhérent(e) : ACCY

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODR.

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>	D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		
D	H	G															
25533412	21433552																
00000000	00000000																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des soins															
		Date du devis															
		Fin de															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-359622	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-35962

DATE DE DEPO

25.1.09.1202.c

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	10153
Nom & Prénom <u>Marham Latabir</u>			
Fonction : <u>Manager</u>	Phones <u>06.66.3.03635</u>		
Mail <u>lmarham@royal.aix.marrakech.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Latabir</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 25/9/2020	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C3</u>		<u>300 Dhs</u>	
PHARMACIE		Date <u>25/9/2020</u>	
Montant de la facture		<u>236,50</u>	
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraire		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

25.09.2020



الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقًا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعقد بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le

Mr MARHOUM LEKBIR

LOT N°:

89,00

UT.AV:

P.P.V

89,00

1 - VIBRA 200 MG

1 par jour, au cours du repas, pendant 8 jours.

2 - COTIPRED 20 MG

2 le matin, pendant 10 jours.

PPV: 48DH50

PER: 03-23

LOT: J729

48,50

3 - ADDITIVA VITAL CP

1 par jour, pendant 30 jours.

99,00



Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phisiologie Allergologue
416, Bd. Abd. Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Rés. Anoual Carrefour Capital, 1er Etage N°5
Tél: (+212) 5 22 99 66 24 - Casablanca
ICEF 002051431000012

T = 236,50

