

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-600562

53831

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1392

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BAGASSE

INHAIED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 60000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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'at^e médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
Determination du coefficient masticatoire				Montant des soins
	H D G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Date du devis
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-135968	
Date de Dépot	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		



W17-135968

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1392

Nom & Prénom BAGASSE HAFIDA

Fonction : Phones.

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

BAGASSE HAFIDA

Adhérent Conjoint Enfant Age 58 ans Date 01 DEC 2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Mme Jeannet KHATI

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs	Cs	20000

PHARMACIE

Date 1/1/2020

Montant de la facture

INPI 072073836

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date 1/1/2020

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

SYNTHMEDIC
22 rue zoubair bnoou el aouam roches
noures casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Poids pris:
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH
6 118001 023706

MAI-19
SAPD

LOT: G40088
PER: 12/2021
PPV: 110 DH 00

Ciplak
Etiquette

الدكتور عبد الله النزارى
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى
الحساسية التنفسية فحص الوظيفة التنفسية
التنفس القصبي
رئيس سابق لمراكز تشخيص داء السل
والأمراض المدرسية بمراكز
رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز التنفسى (ابن زهر)

Marrakech le 01/12/2020 مراكش في.....

MME BAGASSE HAFIDA

- Symbicort turbuhaler 200/6 µg
2bouffee, matin, soir, pendant ,1MOIS
• metanaz
1instillations par narrine 2mois

Pharmacie FLEMING
Dr LAMARCHE - Guélibz - Marrakech
3 Rue des Chênes - Guélibz - Marrakech
Seklalida - Guélibz - Marrakech
Dr LAMARCHE - Guélibz - Marrakech
Spécialiste des maladies respiratoires
Ex: Asthme, Bronchites, rhinites, sinusite, etc.
Allez à la 3ème étage Av. Yacoub El Mansour
Rue Ahmed Ben Ali - 40000 Marrakech - Maroc
Tél: 05 24 42 29 26

إقامة أحلام ب ملتقى شارع يعقوب المنصور والمركز الأمريكي شقة 4 الطابق 2 جليز مراكش الهاتف : 05 24 42 29 26
Rce Ahlam B Angle Av. Yacoub El Mansour et Centre Américain

Appt. B4 2^{eme} étage Guélibz Marrakech • Tél.: 05 24 42 29 26

E - Mail: a.enezari@gmail.com