

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE AVANT DE DEMANDER UN REMBOURSEMENT

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RECHERCHE

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 055250

ND: 55652

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34157 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAADI

TOURIA

Date de naissance :

01/05/59

Adresse :

109 Rue ABDILLAH RAJII NAARIF

Tél. :

Total des frais engagés : 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 :

CASABLANCA

Le : 14/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Saad

*Hakim LAFIFI
Tariqoullah
0977-Fax: 0522381122
www.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.

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
04/02/2010	3		0	<i>DR. L. VILLENEUVE 05-02-2010</i>
				05/02/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RACHIDI "A" DR. RACHIDI YOUNES LOT DALIA CENTRE BOUSKOURA CASA. TEL: 05 22 32 06 30	01/21/20	990.40

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

Il 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Professor Hakima LAKHDAR

Dermatologie - Vénéréologie
Ancien Chef du Service de Dermatologie
au CHU Ibn Rochd Casablanca

الأستاذة حكيمه الأخضر

الأمراض الجلدية و التناسلية
رئيسة القسم سابقاً بالمركز الصحي الجامعي
إبن رشد الدار البيضاء

Le 09/12/20

Mr. Hakim LAKHDAR

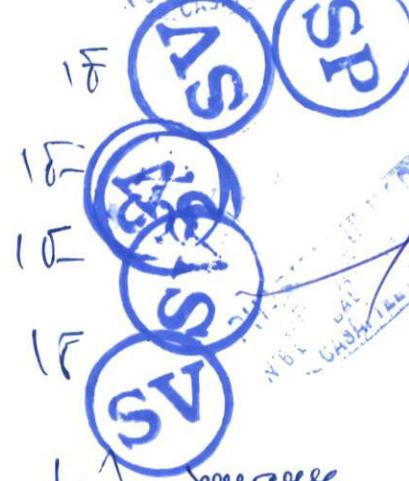
Preparer

2 x 1M10 → 8 capsules 100
2 x 4010 → Demand gr
2 x 24710 → med del.
2 x 67120 → Reg fleur

990140

Preparation

PHARMACEUTIQUE RACHIDI YOUNES
DR. HAKIMA LAKHDAR
N°6 LOT EL ALI CENTRE MEDICAL
CASA TEL: 05 22 32 06 30



Boîte de 8 capsules

Le



Dr. Hakima LAKHDAR
Dermatologue Vénérologue
275, Boulevard Zerkouni - Casablanca
Tél. : 05.22.39.00.77 - Fax : 05.22.39.42.73
E-mail : hakimalakhdar@menara.ma

رقم 275 شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.39.00.77 - الفاكس : 05.22.39.42.73

275, Boulevard Zerkouni - Casablanca Tél. : 05.22.39.00.77 - Fax : 05.22.39.42.73

E-mail : hakimalakhdar@menara.ma