

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

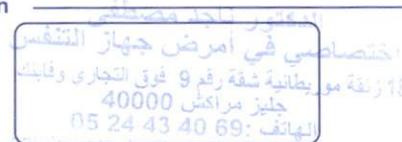
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 944 Société : RAM 159684
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAJID
 Date de naissance : 09/01/36
 Adresse : Coop /Ali CHRAFF II, n° 21, sidi Nataouf
 Casablanca
 Tél : 98 33 54 57 Total des frais engagés : 388,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 AVR 2023

Nom et prénom du malade : HALMONY ABDELMAJID

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchopatrite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

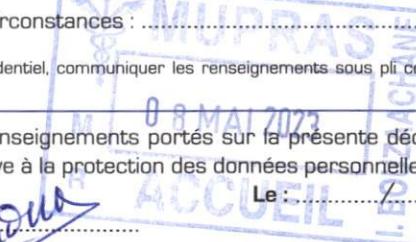
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 18 MAI 2023

Signature de l'adhérent(e) : Halmony



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Devis des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18 AVR 2023	GS	163	300 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALIZI HARN LOUARDOUHARN 327 MARRAKECH TEL 0524335456 INPE 072006349	2018/04/23	88,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
G	
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAJID Mustapha
Pneumologue
Spécialiste

Des maladies des poumons et des bronches

Expert assermenté près les tribunaux

Exploration fonctionnelle respiratoire

الدكتور ناجد مصطفى
اختصاصي في أمراض جهاز التنفس
خبير محلل لدى المحاكم

48,70

1) SOLUPRED 20 (1 boite)

39,91 Cp le Matin x 8 jours

2) EXOMUC Sachet (1 boite)

1 Sachet Matin Midi et Soir

88,60

ORDONNANCE NON RENOUVELABLE

Signé : Dr. NAJID Mustapha

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

35,30
3
FEB 26
P.P.V : 35,30 DH

Exomuc®
saccharose 200 mg
30 sachets
PROMOPHARM S.A.
6 118000 240341

PHARMACIE ALIZIHA
LOT ALIZIHA N°21
MARRAKECH
TEL 052435456
INPE 07200639

18,Rue Mauritania Immbl. maalal Appt.N°9 au dessus de AttijariWafabank Guéliz-Marrakech
Tel : 0524434069 . en cas d'urgence 063118940 E-Mail : najidmustapha@gmail.com
18 ، زنقة موريطانية عمارة ملال شقة 9 فوق التجاري وفابنك جليز - مراكش