

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-486237

✓ 81964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0844 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661144593

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

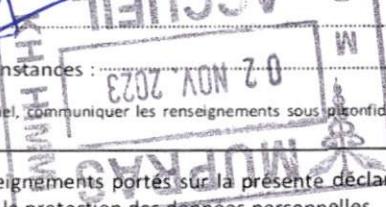
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



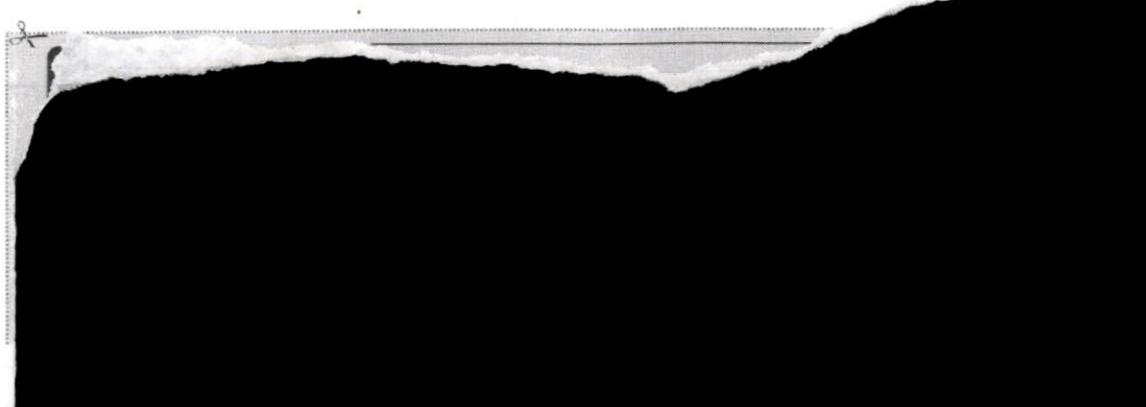
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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
- 30/09/08	C	120	120	INP : 051070638 Dr Hassan Imad Tabet Hay Ezzahra Expertise médicale au Maroc Medical Expertise in Morocco

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montants de la Facture
PHARMATOP SANTE Pharmacie Bou Hassoun Imad Tabet Hay Ezzahra Bou Hassoun Imad Tabet Hay Ezzahra 32-80-33	30/09/08	34,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>															
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>															
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input type="text"/>	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>															
<p>DEBUT D'EXECUTION</p> <input type="text"/>	<p>FIN D'EXECUTION</p> <input type="text"/>															
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input type="text"/>	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>															
<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>	<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>															



..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خالل... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPU: 126, 30 DH
LOT: 650904
PER: 11/24

06

حي التسier شارع الحسن الثاني الرقم 106

پر شید

المحمول : 0664097159

برشید فی

e:

Mouloud Aherdar

116 30

Aufmerksam

66, 80

~~Wolfgang~~ 20 - Klaus

531

Dr. (Address) S.

4x48 30

Permit No. 8

3x2

~~3,00 Cents~~

10/5

DR JAHIRU SAIYAH

EZRAHRA TOP SANTE

Pharmacie

62. Bd Hassan Ibou Tabit Hay Ezahra
Berrechid - Tel: 0322 32 80 39

x 3 Ged

269,00

X4 Ged

