

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 Etage 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

192123

Déclaration de Maladie : N° S19-0003596

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1336 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. AOUN YOUSSEF Date de naissance : 15/12/1917

Adresse : Apt. 19, Résidence ATLAS, No 50, Avenue Hassan II

Tél. : 0661238350 Total des frais engagés : 315 - 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. AOUN YOUSSEF
Radiographie Clinique - Homéopathie
82, Lot. Borj 1 Av. Al Aqaba - ESSADOUR
NP: 071051619 - ICE: 002071457000084
Tél. : 05 22 47 69 10

Date de consultation : 11/01/2023

Nom et prénom du malade : M. AOUN YOUSSEF Age : 105

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie rares

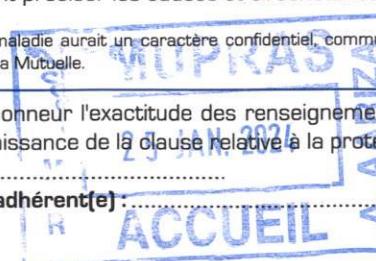
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11/01/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : M. AOUN YOUSSEF



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
10.12.23	C	1	100,00	Dr. Said EL HADDI Radiographie - 130,00 Lot. 1619 - IGF 00207145700000 Tel: 05 24 41 50 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Praticien L'ESSAOUIR Nadia AOUANI Dr. en Pharmacie 05 24 78 82 82 243 Av. Ibn Sina El Jadida	16.12.23	215,50

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8				

012364024
EXP 07/2015
PROD 01/2014

201.06

ET-MEDICA

DAD

de - Homéopathie

ORDONNANCE

عياد الحداد

بالصدى - الطب المثلثي

14150

Essaouira Le:

Nom et prenom: YOUSSEF MAOUNI

Age: 1955

201.06
1) DAFLON 1000 CP

2CP/J

1BT

2) HEMOFAST SUPP

1SUPP/J

1BT

T: 215, 50

S.V.
S.V.



582، شارع العقبة، تجزئة البرج 1 الصويرة - الرخصة رقم 7256 الهاتف والفاكس: 05 24 47 69 10 المحمول: 06 61 19 19 98
582, Av. Al Akaba Borj 1 Essaouira - Autorisation n° 7256 Tél./Fax : 05 24 47 69 10 - GSM : 06 61 19 19 98 - e.mail:saïdelhaddad@menara.ma