

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-596610

CA

60886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4976**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HAFID

Abdallah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0664162459**

Total des frais engagés :

358,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

6

**Docteur HAFID
Chirurgien
31, Av. Mustapha El Mami
Tél: 05240141-CAS**

Date de consultation :

28. 12. 2020

Nom et prénom du malade :

hafid Abdallah

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 le renseignement à la demande de l'adhérent ou 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 :

4804

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

12-02-2021

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-596610

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **4976**

Nom de l'adhérent(e) : **HAFID**

Total des frais engagés : **358 Dhs**

Date de dépôt : **12-02-2021**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	AV. N° 401 M. 14. 47. 52. 401 Tél: 47. 59. 941 M. 14. 47. 59. 941 Tél: 47. 59. 941 M. 14. 47. 59. 941 Tél: 47. 59. 941
	29/12/2023	58/03 INPE 092030949

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée. L'acte peut être en indiquant la nature des soins

Important:

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

[Creation, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

0661 145445
الدكتور هابي ميمون

Ex-Chirurgien des Hôpitaux

Spécialiste en Chirurgie Générale

Chirurgie Gynécologique et Osseuse

Chirurgie de la Thyroïde

Echographie

Chirurgien Expert Assermenté près les Tribunaux

314, Avenue Mustapha El Maâni

1er étage - Escalier gauche - Casablanca

Tél. : 0522 47 52 40

جراح سابق بالمستشفيات

اختصاصي في الجراحة العامة

وجريدة النساء والظامان

وجريدة الغدة الدرقية

العلاج بالتصوير الشمسي

جراح خبير ملحف مقبول لدى المحاكم

314, شارع مصطفى المعاني

الطابق الأول على اليسار - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 47 52 40

Casablanca, le

58100

Sargentor

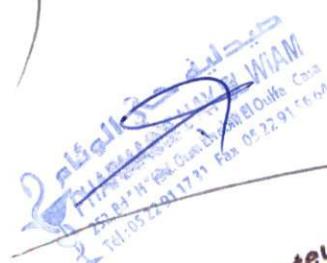


Sargentor

100 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 58DH00

EXP 08/2023
LOT 04070 2



Docteur H.
Chirurgien
314, Av. Mustapha El Maâni
Tél: 47.52.40.41-C.

Docteur HABI - M.
Chirurgien
314, Av. Mustapha El Maâni
Tél: 47.52.40.41-CASA