

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

ND: 13764

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014770

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1098 Société : Retraite

Actif Pensionné(e) Autre : _____ Date de naissance : 11/1/44

Nom & Prénom : DIANI MOHAMED

Adresse : Koubilia

Tél. : 06.71.42.67.70 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
DR SOUIHEL Thami

Dr. SOUIHEL Thami
56, OP Ferdaous GH 2
Tél: 05.05.16.16.16

Date de consultation : 21/10/2019

Nom et prénom de malade : DIANI MOHAMED Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Plaque gr

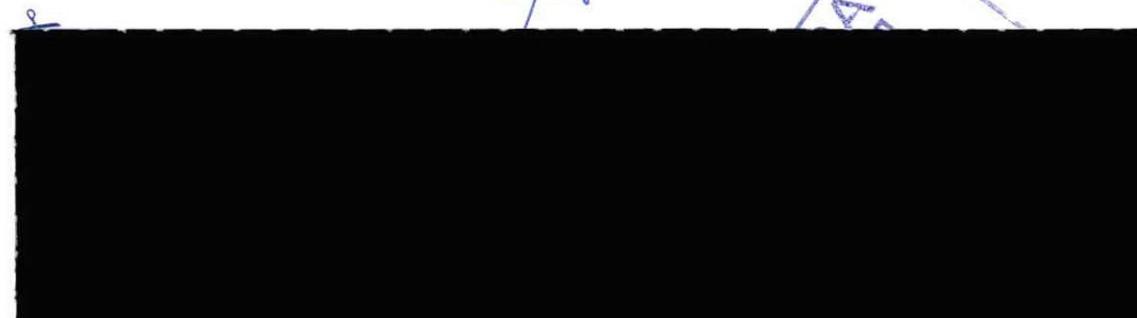
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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 : CHAMOUNI Le : 21/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
21/05/2019	MS	Cx	£ 120.00	Dr. SOUHEL Thami 56-CC Ferdous GH 2 Tel: 026.53.16.16

صلیلہ لوکوں

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/19	Pharmacie LOUKKOS SARL Montant de la Facture Youngise CF MACHI Assurance : 10% = 6.421,50 LE N° 4040226 6421,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

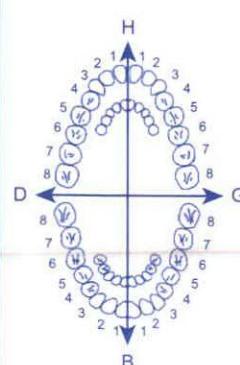
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Thami Souihel

الدكتور التهامي السويحل

Médecine Générale

56, Op. Ferdaous - GH2 - RC1
Oulfa - Casablanca
Tél. : 06 70 53 16 16

الطب العام

1 الطابق السفلي GH2 فردوس OP , 56
الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 06 70 53 16 16

Casablanca, le : 21/11/2019
الدار البيضاء، في

Dr. Deva 90 ml

DA20161108330DMP/20UCA/MAV

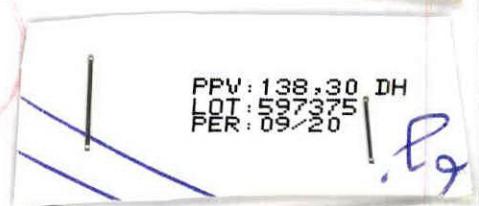
- Docu-Vox



38° 14' 32"
- Pan bivalis

PPV: 138,30 DH
LOT: 597375
PER: 09/20

38,37' 24'
- Augmuc



193024 28 x 6 8
- Juxta Hareld 10g



tryk

Ayouslin (VH22.11) AM6.



n° 0011HEL Thami
n° 30 Ferdaous GH 2
12.09.2016.16

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE



Maphar
Km 10 Route Cénière 1111
Ou Zentane din sebaa Casablanca
Mycoster 8% sol farni

P.P.V : 145,60 DH
6116001 182589

