

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractériel 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



Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1548

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : HAMDOUN MUSTAPHA

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : lot HADDOUNI N° 244, Sidi Marrouf,
CASA BLANCA

Tél. : 06.64.02.56.44 Total des frais engagés : 348,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FILALI Asma
Ophtalmologiste

Rés. Medina, Imm "J" 2ème Etage
Appt. N° 8, Km 109 - Sidi Maâri

Tél. 0522 97 66 32 - Casablanca

Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : HAMDOUN MUSTAPHA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection en cours

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 : 19/06/2020 Casablanca Le : 19/06/2020

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
18/06/20	2		250,00	Dr. FILALI A Ophthalmolog Rés. Medina, Imp. J. 2 Appt. N°8, Km 1029 - B Tél : 0522 97 66 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KARTI Appr. 1 min. A 23H GHZ 21 Moustakbal Sidi Maârouf - Casablanca Tél / Fax 06 22 58 38 1	13.1.61.2	98.62

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 canalaires, ainsi que le bilan de

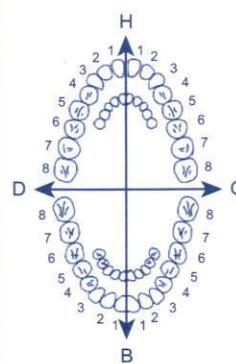
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Asma FILALI
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier (France)
Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتورة أسماء الفيلالي
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب مونبولي فرنسا

ORDONNANCE

Casablanca, le 15.08.2018

HABIBOU N ANGARHA

22.60

Dr filali

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV 24.80 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ عمار FAB/ تاريخ الصنع EXP/ تاريخ انتهاء
H2826 08-2018 08-2021



تم العرض

Angarha

OPHTALMED
PPC
74.00 DHS



T = 98.6

PHARMACIE EL KARTI
Appt. 1 Imm A 238 GH 27 Moustakbal
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél /Fax 05 22 58 38 11

Dr. FILALI
Ophtalmologiste

Res. Medina, 1115 J, 2^{ème} Etage
Appt. 4^{ème}, 1er étage Sidi Maârouf
Tél : 0522 87 66 32 - Casablanca