

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



Déclaration de Maladie

N° W19-464918

ND: 33389

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9232	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : YASSIRE TERRIETTE			
Date de naissance : 10/05/1966			
Adresse :			
Tél. : 23-27 Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin : Doctor Hmam CHAH Médecine Générale - 3, Rue Abdeslam Khattabi - Avenue du 2 Mai Tel: 05 22 20 45 45 - Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/06/2020			
Nom et prénom du malade : YASSIRE TERRIETTE Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AFFECTÉ			
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 : Casablanca			
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 02/06/2020			

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
09-06-2020	AC	at	15000	INP : 04163370 Docteur Ilham CHAHAD Médecine Générale - Khatibati - Avenue du 24 Septembre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 61, Avenue Léonard de Vinci 91120 MAMARIN	02/06/2020	186,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام
الفحص بالصدى

Hané GASSI RE Médecin
Ordonnance

102,00

Casablanca, Le 08/06/2022

LOT: 19122
PER: 03/2022
PPV: 102,00 DH

① Aulerzo 20 mg
1 gélule le matin
1 gélule le soir

② Zearan 20 mg
1 gélule 75 mg = 5 mg.

0,571 mg
par gélule
250 mg
LOT 19250 / FCS
09/2022 PPC 84,70
gélules par jour.

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
3, Rue Abdeslam El Khatabi - Avenue du 2 Mars
Tél: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52

186,70

3, Rue Abdeslam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca
الهاتف : 06 6146 84 49 : المستعجلات : 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52
زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء