

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



Déclaration de Maladie

N° W19-584510

ND: 49833

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 123.10

Société : RAM / DOA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAM SAM IBTISSAM

Date de naissance :

15-07-1984

Adresse :

6, RUE DE L'ISERE POLO CASABLANCA

Tél. : 066.03885.70

Total des frais engagés : 1242,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 04/11/2020	
Nom et prénom du malade : SAM SAM IBTISSAM Age :	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances :	
Date de cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

ACCUEIL

Casablanca

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

Le : 04/11/20

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 Sous réserve de Paiement des Actes
04/11/10 Consultation			600,00	<i>DR. BERNARD HERTEL</i> Spécialiste en Maladies Infectieuses Institut Universitaire en Gélatrologie I.U.G.E. 2000075
Examen	ERAV			
	Swint			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. BERNARD HERTEL</i> Dr. Benoît Herrel - Dourmayrac 16 ^e Avenue Raphaël Oukda-Saleh Casablanca Tunisie - Tel: 0522 59 21 64	04/11/10	342,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. BERNARD HERTEL</i>	04/11/10	ECG	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate mesial (M), distal (D), buccal (B), and lingual (L) directions. A central vertical axis is labeled H at the top and G at the bottom."/				

Ordonnance

Nom et Prénom du Patient :

Ibtissam Scamsam

Age : 36 ans

Date : 04.11.2020

1) Plaquenil 200 mg cp

1 cp / 8 heures

(7h - 15h - 23h) pendant Jours
(à prendre 1h avant le repas)

2) Azythromycine 500 mg cp

1cp J1 et ½ cp J2 à J7 au milieu des repas

3) Vitamine C 1000 mg cp

1 cp ×2/j pendant 15 jours

4) Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp ×2/j pendant 15 jours

5) D cure forte

1 Ampoule en 1 seule prise

Pr. Jaafar KEITA

Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplôme Universitaire en Gérontologie

MAY 2016

maelys Actifs et Vitamines		diaphtanique ultra-légère cellule 2 gellules x 2/j pendant 15 jours	
N° LOT : L 0538	cep : PPV: 79DH70	PPV: 79DH70	n 2g par jour
DATE DE PER : 10/23	PER: 10/23	PER: 10/23	
	LOT: J2782	LOT: J2782	
	ouvrant: Adixol sit	votre médecin traitant à domicile.	
	PPV: 49,60 DH		
	LOT: 20E25		
	EXP: 05/2023		
		Vita C 1000®	
		PPV 15DH30	
		EXP 07/2023	
		LOT 06090 8	

110,50