

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

ologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le membre de l'assuré pour chaque 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 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

Nº P19- 062818

Optique *4995X* Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *10361*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Doukkali Laïla*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *11/11/2020*

Nom et prénom du malade : *Doukkali Laïla* Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Dans*

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-062818

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg AMM 59DMP/21/NCI Boîte de 56 comprimés pelliculés DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH	JXILIAIRES MEDICAUX		
é des jins	Nombre		
	A M	P C	I M
.....
.....
.....
.....
.....

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 21433552			
	00000000 00000000			
D		G		
	00000000 00000000			
	35533411 11433553			
	B			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AL HALABI-MOUMY O.

Spécialiste

الدكتورة الحلبي المومي أمية

اختصاصية

أمراض الغدد - السكري
السمنة والكوليستروл

Endocrinologie - Maladies Métaboliques

DIABÈTE - OBÉSITÉ - CHOLESTÉROL

العمل بالتسوام المستمر

Rabat, le Dr. AL HALABI-MOUMY O.
Endocrinologue - Maladies métaboliques
DIABÈTE - OBÉSITÉ - CHOLESTÉROL
31, Groupe Argana - 1^{er} étage Takaddoum Rabat

الرباط، في

Doukkali laila

113,70

- Rmc. phe x 20

437,00

↑ jaumet 3

40,00

3 fléma 2

- polynon

12,600

- Vastarel

150,00

Tel: 0537 75 62 73 / 0537 63 95

INPE : 10240052

DR. NBDIA FISI

PHARMACIE LES LILAS

2373,90

1415. j 9 dt 11

5011000

1425. j 9 dt 3 -

1415. j 9 dt 3 -

14 28. j 9 dt 3 -

35

142 28. j 9 dt 3 -

Dr. AL HALABI-MOUMY O.
Endocrinologue - Maladies métaboliques
DIABÈTE - OBÉSITÉ - CHOLESTÉROL

31, Groupe Argana - 1^{er} étage Takaddoum Rabat

INPE : 10100798105 37 75 83 78

05 37 75 83 78 ، مجموعة أركان، الطابق الأول، التقدم - الرباط - الهاتف :

31, Groupe Argana, 1er étage, Takaddoum - Rabat - Tél. : 05 37 75 83 78