

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-449810

50876

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9070 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELGARTI Ep BEKKARI SANAE

Date de naissance : 07/03/1966

Adresse : Jette 19 T 1118 Hay Roud

Ave Babiane Rabat

Tél. : 06.61.25.98.63 Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed ELHARRAK
Médecin Général
1, Rue El Faouze J3 coup CYM Rabat
Tel. FAX : 05 37 29 30 64
INPE : 101052447
ICE 00165526800029

Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : SANAE El GARTI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

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'adhérent (e) : DEC 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-449810

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 9070

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
02/06/2014	C		120.00	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; text-align: right; margin-right: 10px;"> INP Dr. Mohammed El Azzouzi Médecin Général Numéro 13 comp 05 37 29 30 84 101052447 22/06/2000029 </div> <div style="flex: 1; text-align: left;">  </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.12.20	165,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous 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:

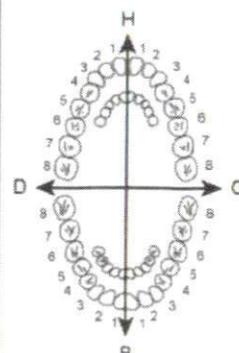
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



B		L'EXECUTION	
----------	--	-------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة طبية
CABINET MÉDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK

Médecin Assermenté
Médecine Générale



الدكتور محمد الجراز

طبيب ملحف
الطب العام

ORDONNANCE

Nom : SAWIET E.L. GARTZ Le : 04/02/2012

Maphar
Km 10 Route Casablanca
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Microzclar 500 mg cp pel
Im b10 mv
P.P.V : 163,40 DH
6 118001 183838

Pharmacie Sannoubart Riad
Secteur 18, N° 619 Annexe
Mosquée Saïf, Hay Riad
Secteur 18, Tel. 05.37.71.71.10

Dr. Mohammed El HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale
1, Rue El Faouze J3 comp CYM Rabat
Tel. FAX : 05.37.29.30.64
INPE : 101052447
ICE 00165526800022

مراقبة الفحص بعد الظهر
من 1h إلى 2h30

زنقة الفوز رقم 1 مجموعة ج 3 إضافي ح.ي.م - الرباط
الهاتف : 05.37.29.30.64 - الفاكس : 05.37.29.30.64 - النقال : GSM : 06.61.75.16.00

E-mail : moelharrak@gmail.com