

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

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.

Dentaire :

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.

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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1644 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Retraitée

Nom & Prénom : Mme Khadija FARHI

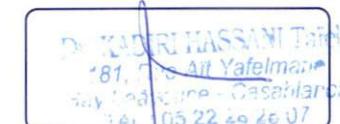
Date de naissance : 01-01-49

Adresse : Résidence la Perle de l'Atlas Marrakech

Emplie Rue Binou Nafissa et Aboubakr Seddik

Tél. : 026 64 87 48 36 Total des frais engagés : 412,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : FARHIS KHADIJA Age : 1949

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Af digestiv

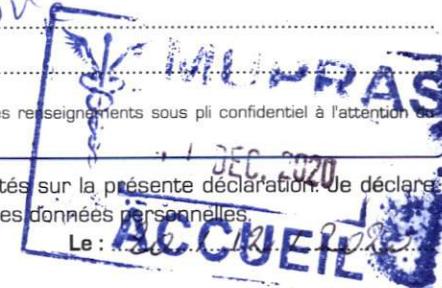
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02677

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 :

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
13/12/10	C		150DH	DR HASSAN Le Dr Hassane Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAWLID Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghir Madrid Extension Csnf Tel 23.17.0	17/12/2022	262,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ostéodensitométrie.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. KADIRI HASSANI Taieb

Ex-Interne des Hôpitaux du Maroc
Ex-Attaché au service de
Gastro-Entérologie
(Hôpital Averroès)

DIPLOME EN ECHOGRAPHIE GENERALE
DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES DE PARIS

الدكتور القادري الحسني الطيب

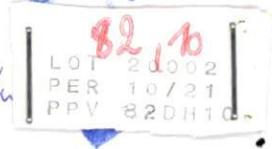
داخلي سابق بمستشفيات المغرب
ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي
بمستشفى ابن رشد سابق

حاصل على شهادة الفحص بالصدى العامة
من جامعة روني ديكارت بباريس

Casablanca, le 17/12/20.....

82.10

Mr Farhi Khadija



11 Esac 20ug 14 jah

47.10 2 jah

Trimidat



Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Marrakech Extension Casablanca
LOT : 1166
UT. AV : 06 - 25
P.P.V : 47 DH 20

21

1 jah

46.00

Shmol



LOT: 0307
PER: 10 2023
PPV: 46.00DH

82.00

1 amj 6 u x

26.30

Relaxium B6 300

1 jah

de 500



181، زنقة ايت يافلمان حي لعيون - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22 28 28 07

181, Rue Aït Yafelma Quartier Laâyoune - Casablanca - Tél. / Fax : 05 22 28 28 07