

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.

N° W19-488725

ND: 53211

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13141</u>	Société : <u>RAJ</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensonné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ABDANE TLYAS</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1989</u>			
Adresse : <u>151, Rue Ahmed el jomai Tlaoui</u>			
Tél. : <u>0669187476</u>	Total des frais engagés : <u>1162,20</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>21/11/20</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ABDANE TLYAS</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>M2</u>			
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 : CHS

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 attestant le Paiement des Actes
21.11.	G	G	2500	INP : 01110721870 Attesté par : Dr Gobert 64464276
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme KETTANI AMAL Docteur en Pharmacie Hay Mohammadi Khalid 2 Rue Saitta Casablanca Tel 05 22 63 11 11	21.11.2013	912,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sanâa
BENKIRANE Ep. HAMZA
Ex. Résidente à l'Hôpital
Ibn Rochd - Casablanca
PEDIATRE
Allergologie - Asthme



الدكتورة ابن كيران سناء
زوجة حمزة
 مقيدة سابقا بمستشفى
 ابن رشد بالدار البيضاء
اختصاصية في طب الأطفال
الحساسية - الضيق

Casablanca, le 21.11.20 الدار البيضاء, في

ADLANT & HANNAH

14,200 Dhs.



① PREVENAR n°
 760,00

PHARMACIE AL FATIHA
 Mme KETTANI AMAL
 Docteur en Pharmacie
 Hay Mohanimadi Khalid 2 Rue Sannaj
 N°3 Casablanca Tél 05 22 63 07 23



② PRIORIX
 128,20



MUJAHID
 Al Anfal
 Casablanca
 06 64 46 42 76

Consultation à Domicile

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3^{ème} étage. appt. n°7
 Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76