

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.

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.

Education :

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

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- 0043750

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

16524

Matricule : 2800

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

A. AL HANE SAAIDA

Date de naissance :

01-01-1947

Adresse :

INARA, RUE 03, N° 34

Tél. : 0672 94 67 48

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin KARKAR Redouane
Médecin Généraliste
Centre de Transfusion Sanguins
H.M. Med V - Rabat

Date de consultation :

17/12/2019

Nom et prénom du malade :

SAAIDA AL HANE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + insuffisance

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.

MUPRAS

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 : 17/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/12/2019				Médecin KARKAR Redouane Médecin Généraliste Consultation Sanguins Sabat -

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
- PHARMACIE LUMIERE M ^e LAHR CHI M ^e Kamal 50 Bd AL kads INARA Assistance Ain Chok TSA - 052 - 22 - 77	17/12/2019	363,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

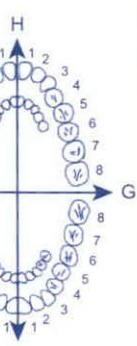
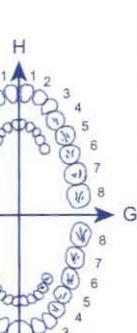
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 des

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 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS
	35533411	11433553		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 17/12/2019.

Médecin KARKAR Redouane
Médecin Généraliste
Centre de Transfusion Sanguins
H.M.I.Med V - Rabat

Ordonnance

184,20 SARAH ARCHANE
⑤ AMARÈL 92/10x2 (S)
90,50 Neg f (S)
⑥ NIZAÏE 6mg (S) x 1 p/j
58,40
⑦ Solu ipred 20 mg 3cp lundi
3000
⑧ Oedex 20 mg 3cp 1 j.

363,10

Votre prochain rendez-vous :

Date :

Heure :

Médecin KARKAR Redouane
Médecin Généraliste
Centre de Transfusion Sanguins
H.M.I.Med V - Rabat

LOT 181761
EXP 08/2021
PPV 30.00DH

58,40

Solupred® 20mg

LOT 191575 1
EXP 06/2023
PPV 90 50

AMAREL 3MG ✓
CP B30
PER. 11/2021
P.P.V : 92DH10
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
PER. 11/2021
P.P.V : 92DH10
6 118000 060017