

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.

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 caractére 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

N° = 19778

Déclaration de Maladie : N° P19-0021190

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03048 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHARACHEH EL MOSTAFA Date de naissance : 26/11/56

Adresse : Individuelle

Tél. : 06 76 78 66 95 Total des frais engagés : 150+951,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2020

Nom et prénom du malade : DR KHARACHEH BOUCHER EL MOSTAFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 Le : 04/01/2020

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
03/01/2020				
22/01/2020				
20/02/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/2020	951,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Loubra BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie

Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة براادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريي

Casablanca, le :

Patient (e) :

03/02/2020

Mme KHARBOUCH DELPOSTAFA

1. Diap. iron 603

44,70

2. Ibis Vorsicobr. sch
18, 38. 38

78,70

3) Al chahfa

PPC : 135 Dhs

App. N° 1, Imm. C32, Rée de chaussée, Résidence Al Firdaous - Hay Hassani - Casablanca - Tel.

05 22 90 56 25 شقة رقم 1، عمارة C32، سفلی، إقامة الفردوس الحبي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف :

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15 CASABLANCA

Tél : 0522895772

Patente N°: 36009656
N° R.C. : 264244
Compte :
CNSS : 6064290
Id.Fiscale : 51505843
ICE : 001642777000087

Le : 31/01/2020

MR KHARBOUCH EL MOSTAFA

FACTURE : 4647 du : 31/01/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
6	ACCU-CHEK 25BANDELLETT	135,00	810,00	20,00%
1	DIAMICRON 60 MG 30 CPS	44,70	44,70	0,00%
1	DIAMICRON 60 MG 60 CPS	78,70	78,70	0,00%
1	IRIS VERS 5 CH G	18,50	18,50	7,00%
		Total TTC	951.90	
		Droits de timbre	2.38	
		Net à payer	954.28	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **NEUF CENT CINQUANTE QUATRE DIRHAMS ET VINGT HUIT CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	123,40	0,00	123,40
7.00%	7,00	17,29	1,21	18,50
20.00%	20,00	675,00	135,00	810,00
		815,69	136,21	951,90

