

# 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.

## adiologie 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.

## entaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039175

Couleur

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

22144

Matricule :

338

Société :

RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AFF FATHIA

Date de naissance :

1965

Adresse :

JARINA 8 DO 1816 H. HASSEN

CA815

Tél. :

0522 9090 112

Total des frais engagés : 1309,25 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/2020

Nom et prénom du malade : AFF fathia

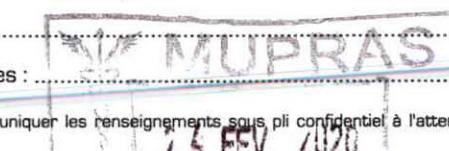
Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-039175

Couleur

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 : 338

Nom de l'adhérent(e) : AFF fathia

Total des frais engagés : 21.02.20

Date de dépôt : 1309,25

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed GHAFRY Hay Raha, Rue Ben Arous Bis - Beauséjour 0522 99 34 34 / 0522 39 34 33	21/02/20	1059.16

## **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	

#### VOLET ADHERENT

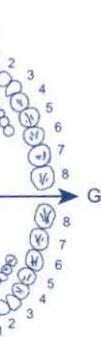
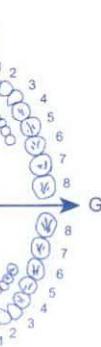
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd  
Diplôme d'échocardiographie  
doppler de l'Université Victor Segalen  
de Bordeaux (France)  
Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler  
holter rythmique et tensionnel  
Epreuve d'effort

طبية داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد  
دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)  
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى  
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي  
اختبار الجهد

21/2/2020

Casablanca le :

M<sup>me</sup> AFIF Fatna

150,00 X 3  
- Anginib 100

75,20 X 2  
- Amep 10 (2)

21,80 X 5 Aspecic 10

57,80 X 3 Tel  
LOT: 1085 PER: 11/21 PPV: 57,80 DH

87,30 Dernofix crème  
LOT: 1085 PER: 11/21 PPV: 57,80 DH

89,00 Seau cil gel pour  
LOT: 1085 PER: 11/21 PPV: 57,80 DH

1059,10

TTC de 3 mois

0522 690 025

العنوان: 344 فلاح فاخ، واد السورة، الطابق الأول، الشقة 3 [قابلة مسجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء  
344, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la mosquée Haj Fateh]

El Oulifa - Casablanca - Maroc

E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com

