

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 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1031 Société : 23933

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IBN TAOURIT ABDELAHME

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661699702 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

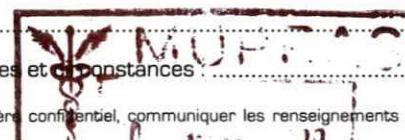
Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

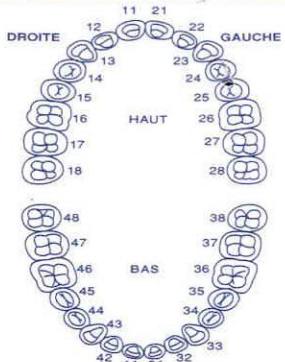
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

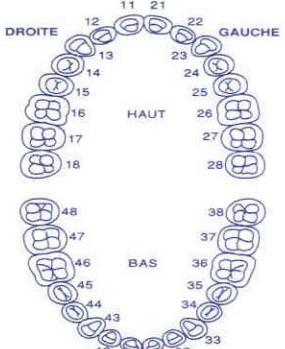
ature
s soins

efficient



O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



What can I do with this?

Véhicules de la pratique attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 14 / 54646



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces jointes

Durée de validité de cette feuille est de 3 trois mois

Durée de validité de cette réunion est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



P 14 / 0054646

DATE DE DEPOT

1 / 20

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1031	
Nom & Prénom IBNTAOUERT Abdellahane		Signature de l'adhérent	
Fonction Retraite		Phones 0661622702	
Mail ibntaouert@yahoo.fr			
MEDECIN	Prénom du patient IBNTAOUERT SEMUSI Abdellahane		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite 09/12/11	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS			300 Dlt
PHARMACIE	Date 04/12/19		
Montant de la facture voir ordonance + = 160,80 Dlt			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne



Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Check-up médical

- Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- Membre de la Société Française de Médecine Interne

Casablanca, Le :

04/12/19

الدكتورة منى منقور
اختصاصية في الطب الباطني

علم الغدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية
أمراض الشبيخوخة
شامل



M² IBN ROCHD SEMUSI

Abdelmoumen

Janumet 50/1000 mg
u37,00 x 3
13.11.19
N -> 1 -> quis

pdH 3 m/s

Jubunine Amp
99,00 x 3
29,70
N -> 1 -> quis

PPV: 159DH30

FLOTRAL 100
29,70
N -> 1 -> quis

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30