

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 :

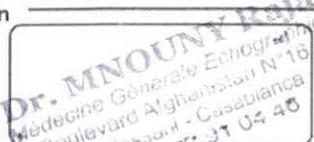
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e) 23722			
Matricule : 11063		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : DOUADI ADIL			
Date de naissance : 09/09/72			
Adresse : 104, Rue OURJOURNE N° 161		Boulevard Beausjour CA87	
Tél. : 06 69 39 54 00		Total des frais engagés : 499,00 DH	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 DR. MOUNI BEN KACEM Médecin Généraliste Echographe Boulevard Al Ghazouani N° 16 Casablanca 03/22/2021	
Date de consultation :	14/02/2021
Nom et prénom du malade :	DOUADI ADIL
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	MUPRAS
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	83 MARS 2020
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-469598	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	_____

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
14/02/2012	C		150 MAD	INP : 00033881 Signature : Dr. MOUNA Centre d'Assurance N°16 Date : 31/04/2012

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA-TECHNICAL SARL M. TAIEB BEN YOUSSEF 10 route de la gare 13157 CASABLANCA</i>	11/02/2020	34.900

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'OC.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. Mn

MEDECINE GÉ

Boulevard Afghanistan, N° 16

(en face la Banque Populaire)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22.91.04.46

E-mail: mnounyraja1962@gmail.com

الدكتورة المنونى رجا

الطب العام

شارع أفغانستان رقم 16

(مقابل بنك الشعبي)

الحي الحسنى - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.91.04.46

البريد الإلكتروني: mnounyraja1962@gmail.com

Casablanca, le :

14/02/20

الدار البيضاء، في:

DOLARDO Abi

REVEAL SARL
PHARMACIE CEFA
M. TARIK ET ASSOCIÉS
10, Avenue Hassan II
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522.90.12.63. Fax: 0522.09.12.63

3700 x 1/ Hydroflex 400 mg x 3 j. 2/ 5.5 5.5

700 x 2/ Feldene 150 mg x 6 j. 2/ 5.5 5.5

1500 x 3/ Ixekadol 400 mg x 3 j. 3/ 5.5 5.5

3600 x 4/ Princi-B 400 mg x 3 j. 4/ 5.5 5.5

34900 x 5/ Covérsyl 5 mg x 30 j. 5/ 5.5 5.5

Prière de présenter l'ordonnance à la prochaine visite

Dr. MNOUNY Raja
Médecine Générale N° 16
Boulevard Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522.90.12.63. Fax: 0522.09.12.63

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة

Pfizer

FELDENE® I.M.
20mg PIROXICAM

UT. AV:

02 2024

P.P.V

70 50

LOT N°:

F190305501

70,50

DUOKOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

20 قرصاً

09366063/9

PPV

LOT

P.R

50,60

37,00

Sans P.P.V

145,90

30,00

LOT 191432

EXP 06 2021

P.P.V 30,00