

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

- Reclamation : 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

JD: 27/8/08

Déclaration de Maladie : N° P19-0020181

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MARARY Abdellah Date de naissance : 1950

Adresse : 50 MA 250 Deroua

Tél. : 06 32 53 30 01 Total des frais engagés : 871,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Makhlof 2 N°28 app N°1
Deroua - Berrechid
Tel. 0524 51 59 13

Date de consultation : 22/04/2020

Nom et prénom du malade : Mme MARARY Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

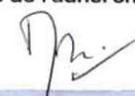
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : DEROUA Le : 22/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020181

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 : 1373

Nom de l'adhérent(e) : MARARY

Total des frais engagés : 871,60

Date de dépôt : 01/05/2020

RELEVÉ 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
22/04/2020		5	120,00	Docteur Mouta Médecine Générale Lpt Makhlouf Z 228 app N°1 Berroua Berrechid Tél : 0522 51 59 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIEN LOTONAN 200 ERWA TEL 05225 15 190	22/04/2020	874,60 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ICD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Houda BOUANANE

Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بو عنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الهاتف : 05 22 51 59 13



Deroua le, 22/04/2020

Mme MARARY Saida

428,00

JANUMET 50/850
1 cp 2 / j



193,60

FOSAVANCE 5600 B/4
1 comprimé une fois par semaine, à jeun avec un grand verre d'eau



35,70

KARDÉGIC 160
1 sach / j, ap rep



28,00

NOMYC 150 MG B/4
1 gél / semaine, av



97,60

NOCOL 20 MG B/30
1 cp / j



38,70

LAROXYL 25
1 cp / j , le soir



87,60

97,00



Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Makhlouf 2 N° 228 appart N° 1
Deroua - Berrchid
Tél : 0522 51 59 13



تجزئة مخلف 2 الرقم 228 الشقة 4 الدروة - برشيد

Lot Makhlouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

NOMYC®
Fluconazole 150 mg

4 Gélules
Voie orale

LOT 192067

EXP 01/22

PPV 78DH00

افريقيا
AFRIC-PHAR