

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS - Centre Aïcha Ben Abdellah - 2ème Etage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Sidi Ben Abdellah - Quartier de l'Hippodrome - Casablanca - 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (GSI) - Fax : 05 22 22 78 16 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-507177

WB = 28h92

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 479

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FANGAR AHMED

Date de naissance :

01/01/1946

Adresse :

Résidence 26 Janssou Agloub Ghandbi
1M. 37 APP. 6 Casablanca

Tél. : 0663295031

Total des frais engagés :

778

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Mr FANGAR AHMED

12 JUN

Age: 74 Ans

Nom et prénom du malade :

Mr FANGAR AHMED

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ophtalmie

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 : 10/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SG

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-507177

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 : 479

FANGAR

778 DH

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09/06/2020	C	3	11300 Dh	INP : 09/06/2020 11300 09/06/2020 Professeur et Médecin Chirurgien Dentiste - Cabinet de la Mutualité Chirurgien Dentiste - Cabinet de la Mutualité Professeur et Médecin Chirurgien Dentiste - Cabinet de la Mutualité

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MOUSSA Tunisie - Patente: 3403192	9/06/2020	477,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

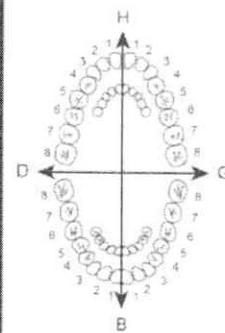
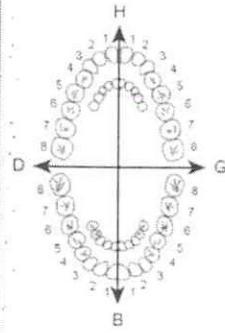
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المرينى محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 09 JUIN 2020

n Rana Almar
INPE : 092009513
3x159,30
— Fraise S.V.
477,90





دوهی سیکلکتین
دستور مخصوص
۳۰

جذب ۱۰

دوهی سیکلکتین

دوهی سیکلکتین

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notable: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال



دوهی سیکلکتین
دستور مخصوص
۳۰

جذب ۱۰

دوهی سیکلکتین

دوهی سیکلکتین

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notable: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال



دوهی سیکلکتین
دستور مخصوص
۳۰

جذب ۱۰

دوهی سیکلکتین

دوهی سیکلکتین

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notable: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال