

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

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

Nº P19-0032655

VOLET = 28509

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2766 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSALI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatiha EL BAZ

Centre d'hémodialyse ALMAJD
Rés. ALMAJD, Angle Ibn Tachfine
et Route Ouled Ziane M 5, 6, 7
Tél: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00

Date de consultation : 26/03/2020

Nom et prénom du malade : MOUSALI Mustapha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MC / dialyse

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-032655

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 :

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
24/03/2020			58170	Dr. Fatiha El BAYA Centre d'hémodialyse ALMAU Route Ouled Ziane M 567 Tel: 0322808181 / Fax: 0322602200

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOURANE D. IHRIOUA Rue 2 N° 116 B Quartier Al Oods Sidi Casablanca	24/03/20	58170

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	B 11433553
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de dialyse AL MAJD

DR EL BAZ FATHA

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse

Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Moulay Rachid, Casa



مركز تصفية الدم المجد

الدكتورة فتحية الباز

اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

طبية و رئيسة سابقة لمصلحة أمراض الكلى
و تصفية الدم بمستشفى مولاي رشيد، الدار البيضاء

Casablanca le : 21/3/2020

الدار البيضاء في :

18,00

1/ Sophtal gouttes

37,00

1 goutte x 46



2/ Fucitalamic gel oculaire
1 goutte x mi

55,70

PHARMACIE GHOFRAINE
Dr. HRIOUA LAJLA
Rue 2 N°. 116 Bloc (C)
Quartier Al Ooda Sidi Bernoussi
Casablanca

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Amzazine Rue Amzaz
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucitalamic® 1% gel ophthalmique
Tube de 3 g
AMM: 00000000000000000000000000000000
DMD: 21/11/2020
PPV: 18-50
18,50
6 118001 200818

Dr. Fatima EL BAZ
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Rés. ALMAJD, Angle Ibn Tachfine
et Route Ouled Ziane M 5,6,7
Tel: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00