

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 060846

54 38+

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2170 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMZA Khadija

Date de naissance : 24.11.1953

Adresse : Khaadijahamza 893 Darnail .com

Res. A.Haddadine Rue 1. Tunn 80 Apt 6 El Oulfa Casa

Tél. : 0666199595 Total des frais engagés : 42,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Casablanca Le : 05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
05/10/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE NAGUIB Dr Nadia & Nadia 334, Bd Oued Daoura Oulfa Casablanca Tél : 05 20 00 25 95 | 05/01/2021 | 42,00 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NAGUIB

NAGUIB NADIA
 Docteur en Pharmacie
 334, Bd. Oued Daoura
 Lotissement Chahdia
 Hay EL OULFA
 Tél. :
 Patente N° 360 194 05
 CASABLANCA



صيدلية نجيب

نادية نجيب
 دكتورة في الصيدلة
 334، شارع واد الدورة
 تجزئة الشهدية ، حي الألفة

 الهاتف : 360 194 05 :
 بلباتنا رقم : 2140
 الدار البيضاء

Casablanca, le 05/01/2021

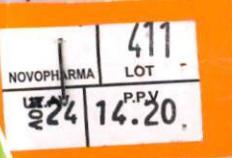
Mme HAMEZA Khadija

Nb 2140 Doit :

| Nombre | DESIGNATION | P.U. | Total |
|--------|------------------|-------|-------|
| 1 | NORMOGASTRYL | 12,00 | 12,00 |
| 1 | Solipramol g eff | 15,80 | 15,80 |
| | CEFALINE sachet | 16,20 | 16,20 |
| | | | 42,00 |

Apposée la présente facture à la somme de quarante deux dirhams.

NORMOGASTRYL
 PPV 12DH00
 EXP 11/2023
 LOT 900P12



PHARMACIE NAGUIB
 Dr Nadia Naguib
 334, Bd. Oued Daoura
 Casablanca
 Tel : 05 2000 25 95

CNSP 2589028

ICE: 001085806000033

092044502

IF 51508608

15,80
 PPV 15 / H 80
 PER 07 / 22
 LOT 11623