

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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

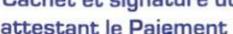
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS *3018* Déclaration de Maladie

Nº M20- 0003971

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>3018</i>	Société : <i>RAM</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>BAADARI EL HOUSSINE</i>
Nom & Prénom : <i>BAADARI EL HOUSSINE</i>			
Date de naissance : <i>07/04/58</i>			
Adresse : <i>KABITUÉUE</i>			
Tél. : <i>0667676360</i>	Total des frais engagés : <i>4114,00</i>	Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <i>14/12/2020</i>			
Nom et prénom du malade : <i>ENNIOVINI Ming</i> Age : <i>41</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Allergie</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Maladie</i>			
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 : <i>Casablanca</i> Signature de l'adhérent(e) : <i>Dad Nabil</i> Le : <i>14/12/2020</i>			

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
14/12/2020	G	150m		 Dr. JEAN-LUC BEMOUSSI Généraliste Hay El Oued Jana 159 Tel.: 022-73-78-51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AL - CHAUFFAGE GEOFRAZIER Tél. 02 33 26 37 14 Rue Bernoulli	4/11/2010	264,6000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور حسن الشّفّي

الطب العام

دبلوم في التشخيص

العلمي بالصدى جامعة مونبلي

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie
de l'Université de Montpellier

60⁰⁰
Casablanca, le 14/12/2020

~~g = 260~~
ENNORINI

79.90x2 Azi x500

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863

PPV: 79DH70
PER: 06/23
LOT: J1900

22.70

Rinemic

15 mg

22,70

PHARMACIE GHOFRAINE
Boulevard de la 2 Novembre 116
Tél. 02 21 13 26 31 - Casab
M. 18074

Porto ven

15 mg

21,90

PPV 15 DH 80
PER 05 / 22
LOT 11100
15,80
PER 0 / 23
LOT 2078
H 80
15,80

23.-

Nausee

10 ml
29,100
1 mg/ml
Rue Mosquée CASABLANCA
Voi

د.س (أمام مسجد لفاطمة الزهراء) سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi

الهاتف: 05 22 73 78 51