

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W19-491252

65002

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		5301		Société :			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom :		MME NEBBAT NAJAT					
Date de naissance :		Le 30 - 06 - 59					
Adresse :		GM 2 EM 25 APP 6 FADAAT EL MOUNHIT					
Tél. :		0665 11 08 91		Total des frais engagés :		1767.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin							
Cachet du médecin :							
							
Date de consultation :							
Nom et prénom du malade :							
Pr. ASS. DR. KARIM FAKIR							
ONCOLOGIE MEDICALE							
0912441171							
Age:							
The Nebbat Najat							
Lien de parenté :							
<input type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :							
oncologie 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 :

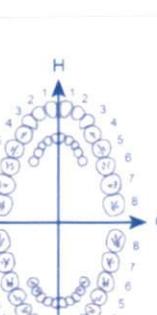
Signature de l'adhérent(e) :



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
	<i>(Signature)</i>		<i>(Signature)</i>	DPH : <input type="text"/>  Hôpital Universitaire de la Rabta Pr. Ass. H. Boubakr ONCOLOGIE 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYAT ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 2003224 Bd Oued Moulouya El Oufia As-Sabtana - Tel: 0522.90.51.13 T.C.E: 0022912200000717	01/05/21	1467.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE															
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 : <input type="text"/>										
					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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
35533411	11433553														
B															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. KAIKANI WAFAA
ONCOLOGIE MEDICALE
091214171

وصفة طبية Ordonnance

PHARMACIE WILAYAT
ZEKRI AL ADEB
200 222-224 Bd Ouled Abd
Casablanca Tel. 0
ICE: 002912

LOT: GJ91041
PER: 09-09-2021
PPV: 589,00DH

LOT: GJ91041
PER: 09-09-2021
PPV: 589,00DH

LOT: GJ91041
PER: 09-09-2021
PPV: 589,00DH

One Nessate Naji

S.V

1/ Anastrozole 4g

1 589.00 x 3

~~1464.00~~

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. KAIKANI WAFAA
ONCOLOGIE MEDICALE
091214171

Ambient Sais

Wf per Jw

(A Bo7Te)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. KAIKANI WAFAA
ONCOLOGIE MEDICALE