

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058870

Optique 69892 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08830

Société : R.A.T.

Actif Pensionné(e)

Autre : Retiré

Nom & Prénom : KEBDANI A. RACHID

Date de naissance : 01.07.1950

Adresse : RÉSIDENCE EL FAZE, 11, BOULEVARD EL PODS

Tél. : 096589100

Total des frais engagés



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Iham EL KANJAR
Médecin Généraliste
N° 154, 1er étage, 1000
Sidi Bennour, Casablanca 2005

Date de consultation : 05 MAI 2021

Nom et prénom du malade : KEBDANI AYOUB Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cystrophe fractale + cendre culture

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 : SAGAOUA

Le : 01/04/2021

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
15/04/2021	6	130,00		
		24		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	55604121	168120

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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ilham EL KANIAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

Fadila - Hay El Qods - Imm. C1
Appt. 3 - Rde - Bernoussi
Casablanca - Tél. : 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكنيار
الطب العام

الفضيلة - حي القدس - عمارة C1
الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

KEFBANE AYDAB

S.V

33,20 x 2 a) LAXATIVE (P WY
امس (لمنس)

50,90 x 2 b) PEVARYL CREME WY
امس x 2

3) ALBOKANE P WY

امس x 3

168,20

LOT: 20E013
PER: 08/2022

PEVARYL 1%
CREME T30G
P.P.V: 50DH90



LOT: 20E013
PER: 08/2022
PEVARYL 1%
CREME T30G
P.P.V: 50DH90



PHARMACIE GHOUSSI
100, C. Rue 2 N° 116
Qods, Bernoussi
10631, Casablanca
Dr. Ilham EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila C1 Appt 3 Qods
Ghoussi - Casablanca
0522732065

LOT: 14519013
PER: 12/2024
PPV: 33,20 DH
PPU: 33,20 DH

LOT: 14519013
PER: 12/2024
PPV: 33,20 DH
PPU: 33,20 DH