

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 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

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-610774 / ~~6000~~ 6844

~~70562~~ Optique Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6844

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

A HERJAN

Date de naissance :

53 Rue OM ALI

Adresse :

YOUSR II BERRECHID

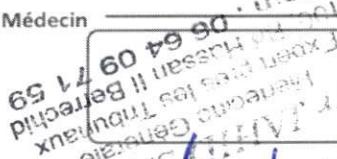
Tél. :

0661144593

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

HOM - ASHNE

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 :

07/04/12

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

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
64.01	C		120	INP : 061879638 06.01.2016 : 061879638 Exper du Médecin Médecin traitant Dr.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZAHRA TOP SANTE Pharmacie Bd Hassan Ibnou Tabil Hay EZZahra Tél: 0522 32 80 30	06/07/21	1211 800 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

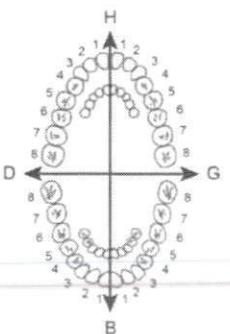
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

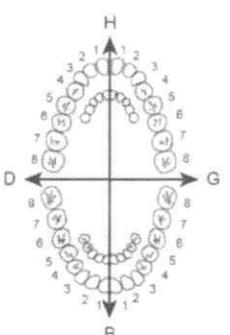
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATIF

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JAHID Salah

الدكتور جاهد صالح

Medecine Générale

الطب العام

Expert Assermenté

خبير محلق لدى المحاكم

Près des tribunaux

Tissir 1 Bd Hassan II N° 106

التسيير شارع الحسن الثاني الرقم 106

BERRECHID

برشيد

GSM : 0664097159

المحول : 0664097159

BERRECHID Le : 6.6.21

برشيد في

Dheida 9 ouvre 2

4x 263,-

Colisage KIT 103

3245735

Newline 8 50

1211, 30

EEZZAHRA TOP SANTE
Pharmacie

62, Bd Hassan Ibnou Tabit Hay EZZahra
Berrechid - Tél: 0522 32 80 39

GSM : 0664097159
106, Bd Hassan II Berrechid
Expert assermenté
Medecine Générale

DR JAHID SALAH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat


VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

269,00

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat


VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

269,00

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat


VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

269,00

269,00