

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 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° W19-556863

73099

CA

A

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 0012941

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BASRI YANESS

Date de naissance : 09.10.1973

Adresse : Résidence Andalousia Rue 78 Appt 8

B3 Aroual Casa

Tél. : 0662 7833 99

Total des frais engagés : 518.80 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : BASRI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfan

Nature de la maladie : Affaiblissement

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : CASA

Le : 02/06/21

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-556863

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

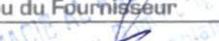
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
15.03.2011	-		+ 300 +	INP : 05108 2841

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	19/03/21	218,80

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

مركز بئر انتري لامراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقديم الدواز والصمك

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

ستاده

أعراض الأذن والأذن والحنجرة والرشح

مُرْسَلٌ مَّا لَمْ يَرَ وَمَنْ يَرِدُ فَلَمْ يَرِدْ

الوجه وجراحه الوجه والفك

قويم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 19/03/2021

M. BASRI Youness

Aeromax

190,00

Deux pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour le matin pendant 30 Jours.

Vitanevril fort

1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours

T2 818, 80

ans chaque narine 1 fois
0 Jours.

Aeromax®
Budésonide

119، شاعرية أنزان اقامة (منى)، (ب). الطابة الثانية، المعادن، الدارالسليمان، 20330

119, Bd BIR ANZABANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - TÉL : 05 22 25 72 72

ANZIANANE Residence RAMZI (B) - Zemra Stage - MAURITIUS - SACRED HEART 23550 - TEL: 023 74 30 00
E-mails : laraguizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874