

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 | : 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.

N° W21-601513

75719

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 293	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RETRAITE
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : N° 56 Rue Nekk Ellile Hay Arraha Casab			
Tél. : Total des frais engagés : 624,9 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
	Date de consultation : 04/06/2021	Nom et prénom du malade : HAMAMA MIBARKA	
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	Age : Conjoint <input type="checkbox"/>	
	Nature de la maladie : épigastrique + constipation - femme		
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Abstinent		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-défenseur 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 : **ONZA** Le : **04/06/2021**
Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	

Docteur EL JABIRI MINA
MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة
الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 04.10.6.1.2021

ORDONNANCE

Mme HAMAMA MBARKA

2x68,60

① - Hepanat

118,13
73,80

50,40

③ -

95,00

④ -

Extra mag

470,90

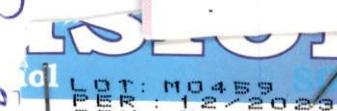
141 J



PPV 118DH50

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV. 73DH80
EXP 12/2022
LOT 09032 4



COOPER PHARMA
PPC: 95,00 DA