

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006046

Optique 22723

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08321R0412 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mergouki idrissi Abdelfatih

Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : Hay Abbadi Béiba Rue Nehm N° 166

Téléphone : 0537610176 Total des frais engagés : 375,00 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ebrahim M. M. Médecine Générale 172, Lot Contrav-Témara 05 37 61 39 79 Date de consultation : 07 Juil 2021 Nom et prénom du malade : M. A. R. Z. M. I. Z. O. I. S. A. N. Age : 77 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant Nature de la 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 : Témara Le : 11/07/2021

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
07 Juil 2021			180	DR Bratim REIN Nec... et Com... et... et... J2... Té... 05 37 61 99 19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABI HOUARI 08 37 64 14 58 INPE : 102 082 607	07/07/21	235 100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

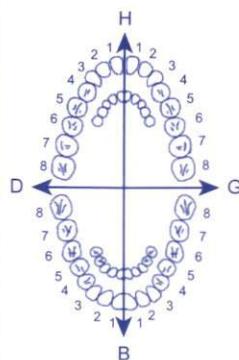
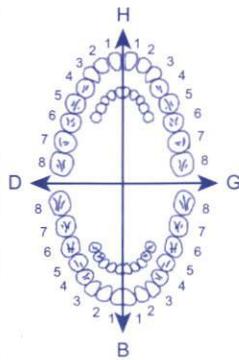
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000	G 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Brahim REJDALI

Médecine Générale

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى الصوتي

دبلوم جامعي في الطب النساني

الخصوصية - العقم - تنظير عنق الرحم

دبلوم جامعي في داء السكري

دبروم جمیعیتی الحبیہ و سوم الحدیث

REFERENCES

07 Juil 2021

Témara, le :

Nom et Prénom

Handwritten signature of Témara and printed text of 'Nom et Prénom' over a crossed-out address.

PHARMACIE ABI HOURAIRA
TÉMARA, le :
Nom et Prénom
05 37 64 14 58 ; 05 37 64 14 75
INPE : 102 062 601

150105

P.P.V : 150.00

25/00

25,00

60,00

LOT: M0464
EXP: 05/2023
PPV: 60,00 IH

$$T = 235_{100}$$

N.B : Control moins de 15 jours

172، زاوية شارع القاهرة و شارع احمد الحنصالي، حي واد الذهب - تمارة

172, Angle Av. El Kahira et Ahmed El Hanssali, Hay Ouadeddahab - Témara

Tél.: 05 37 61 39 79 - E-mail : brahimrej@yahoo.fr