

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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

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.

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

86340

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016465

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 334

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELJIBRI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 3349 79

Total des frais engagés : 614,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/07/21

Nom et prénom du malade : ELJIBRI Mohamed

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Infection au COVID 19

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 :

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
30				<i>CB</i>
				<i>Dr. Riahi Chirurgie Générale Service 41511 Paris</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Montreuil Mme C. 10 bis rue de la République 93170 Montreuil Tél: 09 62 42 56 ICE: 00260081 INPE: 09 62 42 56</i>	12/8/21	617,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on the upper arch and 1 to 8 on the lower arch. A vertical line with arrows at the top and bottom indicates the direction of the arch. The letter 'H' is at the top, 'G' is at the bottom right, and				



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
CHP HAY HASSANI

clf

Ordonnance

Casablanca, 12-8-2021

El jibri

Mohamed



617⁰?

1. Oliclinamed (fol)

Pharmacie Moyen
Casablanca
Mme Ikhlas Benyakya
19 bis Bd Ibnou Sina
Tél: 0522 363327
ICE: 008600843000001
INPE: 092042456

Dr.Riad El MOHIB
Chirurgie Générale
Service de Chirurgie
جراحة عامة
جراحة
جراحة

PERIOLIMEL N4E

Emulsion et solution pour perfusion
Poche de 2 litres

6 118001 251780

Distribué par AFRIC - PHAR

PPV: 617DH00

Nécessite autorisation N° 48-1120W/21