

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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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 à caractère personnel.

Nº M21- 070076

91559

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8921 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHRACH Laïla

Date de naissance :

01/09/66

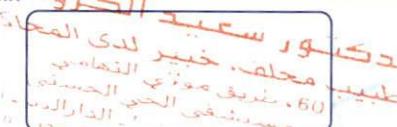
Adresse :

2724

Total des frais engagés : 200+306,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05 NOV 2009

Nom et prénom du malade :

LAHRACH Leila

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastrite

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 :

QHRS

Le : / /

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
05 Nov 2011	C		200 DH	 Dr. Abdellatif Ben Hmida

EXEC

PHARMACEUTIQUE POLYCLINIQUE

Cachet du Pharmacien
ou du Fourmeleur

S

TITR Abdelaziz

58, Route My Thanh Hay Hassani

Tel: 0522 90 21 67 Casa

AN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. TIR Abdelaziz Polyclinique 58, Route My Thamri Hay Tel: 0522 90 21 67	5-11-14	306.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NIFLURIL

adulte

PPV 300H20

EXP 12/2022
LOT 98057 1

Expert près les Tribunaux

en fruit flavor sugar and separate free

BIOFAR Magnesium Vita B6 CP Bte 20

PPC : 89,00 DH

Ut Av : Lot :

03/2024 1060/3

IPHADERM

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف

خبر لغير المحاكم

Casablanca, le : 05 NOV 2021 الدارالبيضاء، في :

1 - 82,79 Metformin 20 mg le soir ap

2 - 2000 Nifluril

1 g x 2 ap le midi

3 - 89,00 Brufen

1 g le midi

4 - 78,00 Betasue

12,00
N.P.T : 03321027
P.E.R : 0522026
T.V.T : 27.00DH

5 - 80,20 Nifluril 1 g x 2 ap
306,80 le soir

الدكتور سعيد الكزولي
للمحامين
للمحامين

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسني - الدارالبيضاء 60

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drglsa@gmail.com