

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-626421

93845

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **Sago**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDE-LAU SAMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **061941110**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

22 NOV. 2021

Date de consultation :

P.BELAIS SAGA

Nom et prénom du malade :

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

MUPRAS

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) :

Le :



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 Parcours des Actes
22 NOV. 2021				INP : [REDACTED]

LAMPAANI MERVEN
Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur
pharmacie des familles Angle Rues
de Normandie - Tel: 0522.25 05.60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et Signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/21	214,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

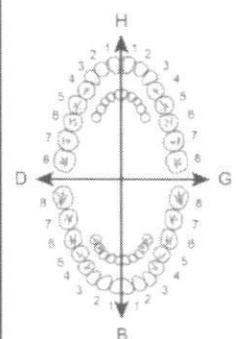
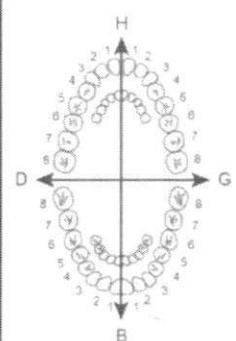
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.


**O.D.F
PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**
**MONTANTS
DES SOINS**
**DEBUT
D'EXECUTION**
**FIN
D'EXECUTION**
**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**
**MONTANTS
DES SOINS**
**DATE DU
DEVIS**
**DATE DE
L'EXECUTION**
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nejmeddine SLIMANI

**GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPECIALISTE**

Titulaire du C.E.S.

**d'Obstétrique et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)**

**Stérilité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique**

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليماني

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب ببرامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

أمراض الثدي

زنقة شونيبي - ساحة 16 نونبر

الهاتف: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le : 22 NOV. 2021

ABDELHAFID SARTI

libre

X 2

**Lot: 21241 PER: 08/2024
PPV: 21,00 DH**

21.00 Dhs

A -

A -

**Lot: 21227 PER: 07/2024
PPV: 21,00 DH**

URGENCE

172,20 Dhs

LAMRANI MERYEM

**Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60**

21420

**Lot N° :
Fab :
Per :
PPV : 172,20 Dhs**

**Dr. SLIMANI Njemmedine
Gynecologue - Obstetrician
Casablanca - Maroc
Tél: 0522 29 50 32
Fax: 0522 22 36 00**