

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

iologie 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 canalaire, 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 canalaire.

aladie 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0050502

35027

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *GURICATA med*

Date de naissance : *10.08.1965*

Adresse :

Tél. : *06.74.00.79.41* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *07. SEPT. 2021*

Nom et prénom du malade : *BENFARAS AMINA* Age : *59*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *GONARTHROSE*

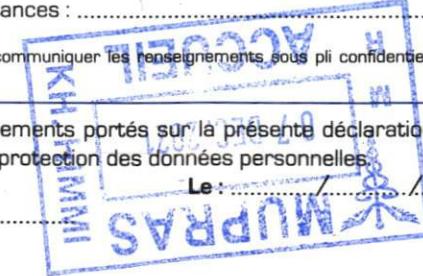
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
07 SEPT 2021			200,00	D. HABIB Hassan, OMNIPRACTICAL 0522.517.574/0663.866.610

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Youssouf EL MAMOUR Rue DAKAR 32-83-45 TEL : 051-32-83-45	07/09/21	285,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TALIBI HAS

Médecin Général

Du en Rhumatologie (Bordeaux - France)

Du en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)

Du en Diabétologie (Bordeaux - France)

Du en Gériatrie (Bordeaux - France)

Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)

Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

LOT : 1036
PER : FEV 2024
PPV : 52 DH 80
Indications, contre-indications, précautions
doit être conservé à une température infér

Berrechid le :

07/09/2021

رشيد في :

MME BENFARAJ AMINA

- 84,00 • Brexin 20 mg - comprimé sécable
1 comprimé le matin x 20 jours

- 82,80 • Ranciphex 10mg - comprimé
1 gélule le matin avant repas x 28 jours

- 66,00 • Orapred 20 mg - comprimé effervescents
3 comprimés le matin x 10 jours (régime sans sel)

- 52,80 • Ketum 2,5 % - gel
1 application matin et soir sur le genou gauche

صيدلية
Pharmacie EL IRAKI
Dr Youssef EL IRAKI
267, Rue EL IRAKI, LA BERRECHID
TEL : 0525.32.83.45

Dr. TALIBI Hassan
OMNIPRATICIEN
052517574/0663.866.610

شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C"، الطابق الاول، شقة 1

برشيد. أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74