

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.

adiologie 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.

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.

ladie 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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 046975

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1320

Société :

95.966

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NO.SB.A.H. Dabila

Date de naissance :

Adresse :

216, Rue meddah Dar Bouazza

Tél. : 0630474425

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension + Sommeil

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-046975

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
16/9/21	VTK	1	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/9/21	200,00

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'acte.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	

D	G	DEBUT D'EXECUTION

B		FIN D'EXECUTION

H		COEFFICIENT DES TRAVAUX

D	G	DATE DU DEVIS

B		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTÉ
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sari Au
Routed d'Assermour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tel: 0527 88 23
RC 39938 T.P. 101050 11

المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

Casablanca, le :

22.8
γ Rb₂Sn₂

DALILA MUNOZ

2) ZINASKIN $\leftarrow 200, 8$

51 D Cen 2000 19/-
41 M+N+plytcon

Miniplyton

~~17700x3~~

1760x2

Dear Mr. [unclear]

July 2018

~~4400~~ 4400

get - em

4) E SAC do -

٥٣٢٩٠٣٦٩٥ - ٥٣٢٩٠٣١٥١ - الفاكس : ٥٣٢٩٠٣٦٩٥ - ٥٣٢٩٠٣١٨٢ - رقم :

Casablanca 20230 - Tel. Cab.: 05 22 90 31 01 / 05 22 90 36

الدكتور جواهير سعيد عراقي

طبيب خبير محالف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

16/9/20



Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



144,50

ID : 633976 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
6 118000 161295

ID : 633934 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
6 118000 161295

ID : 632678 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
6 118000 161295