

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-621878

963 82

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10735	Société :	A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZANADY Amin		
Date de naissance : 14/11/75		
Adresse :		
Tél. : 0606627272 Total des frais engagés : 475 DA		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benyamin Maria Hassi Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 02/11/2011

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
21/11/21	Q		300	INPE 19/12/201061
				<i>DOCTEUR ALEXANDRE DUMAS Médecin généraliste N° de la carte : 1441 N° de l'ordre : 1441 N° de la station : 1441 N° de la section : 1441 N° de la classe : 1441</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LA PHARMACIE DU JOUR Dr. Saunier - Tél. 04 75 24 47 87 Immeuble 91 - 10 Avenue Jean Jaurès - 38400 GRENOBLE</i>	02/11/21	179.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

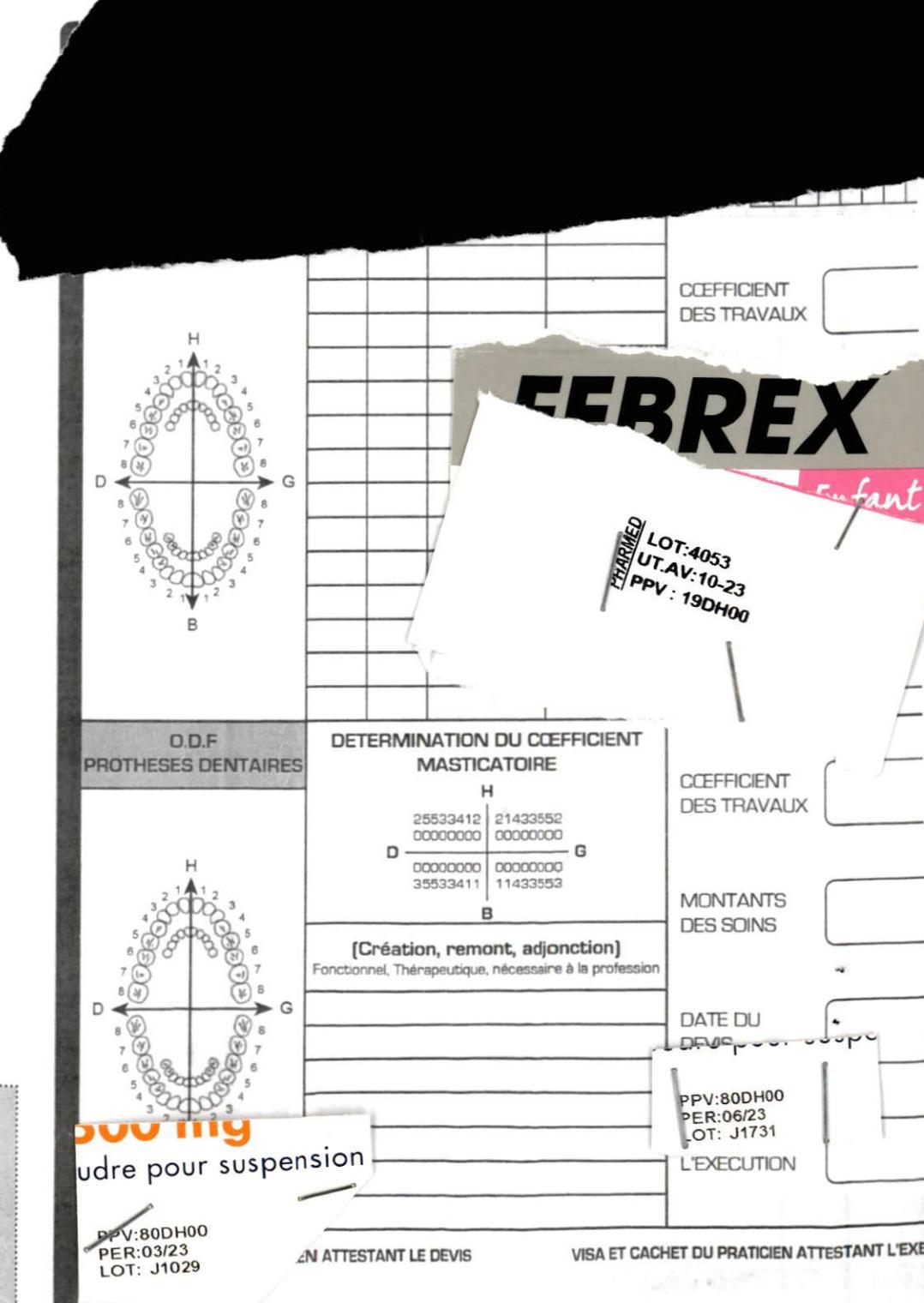
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.



Dr. Mina OUMLIL

Professeur En Pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال
كلية الطب والصيدلة
بالبيضاء

Casablanca, le

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelloumen-1er Etage
Res. Abrajes - Casablanca
Tel/Fax: 0522 25 25 26 - 0522 25 25 27
Gsm: 0661 14 74 41

23 NOV 2021

الدار البيضاء، في :

Benjelloune Nouria - Hadi

80,00 x 2

A 35 x 1500 - 3
32 kg 1 j



+ 3j

19,00

febrex t.p.



x 3j

179,00

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelloumen-1er Etage
Res. Abrajes - Casablanca
Tel/Fax: 0522 25 25 26 - 0522 25 25 27
Gsm: 0661 14 74 41

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Abdelloumen-1er Etage
Immeuble 64, Lot N°1, Casablanca
Tél: 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27

250, Bd Abdelloumen- Résidence Abrajes Abdelloumen - 1er Etage

Tél./Fax.: 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27 - E-mail: oumlilmina@gmail.com - Urgence : GSM: 06 61 14 74 41