

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.

tique :

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.

taire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com
rise en charge : pec@mupras.com
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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 M21- 1058906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3138 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MATINE SOUAD

Date de naissance : 08/11/1957

Adresse : 2 et Rmza n° 34 rues

..... 0411000000

Tél. : 0658575632 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Maladie*

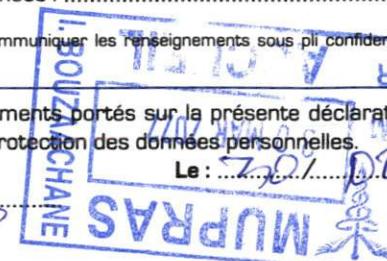
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'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) :



Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019

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
04/06/2012	CH	30000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DES SALAS Dr. S. BOUFIHA BOUHLAL 40, Bis Bd. Panoramique (Montpellier) - Tél: 05 22 52 75 60	22/11/20	1769

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'OD.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale

Traitement de la surdité

Chirurgie de la thyroïde

Traitement du vertige

Prise en charge du ronflement

Rhinite Allergique

Chirurgie endoscopique

Ancien médecin à l'hôpital

20 Aout Casablanca



الدكتور علوان محمد أمين

جراحة الأنف والأذن والحنجرة

علاج الصمم

جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)

علاج الدوخة

علاج الشخير

الـ

Implant cochléaire
زراعة القوقعة

تشفي
بيضاء

Casablanca le : 22 Février 2022 الدار البيضاء، في:

Mme MATINE SOUAD

SEPCEN 500

1 comprimé 2 fois par jour * 5 jours

TABUNEX

2 pulv le matin pendant 3 mois

XYZALL

1 comprimé le soir pendant 1 mois

COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 5 jours

~~DR. ALLOUANE MEDICAL SERVICES DAKHLA~~
~~4922 BIS Bd. Panoramique - Tel: 0522 527 560~~

N° Lot: 10W748
Fab.: 09/2021
Per.: 09/2024

PPV: 102,10 DH

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico/Faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35