

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

entaire :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007189

115013

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamali SAID

Date de naissance : 01/05/1952

Adresse : Bouskoura

Tél. 0673190875 Total des frais engagés : 307,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AJOUAOU Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie maladie

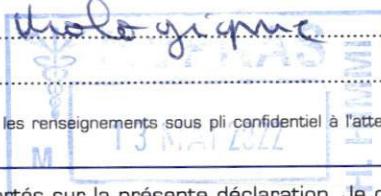
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
12/04/2022	CP		250.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A dental arch diagram showing the upper teeth. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. A central arrow points downwards, indicating the direction of the bite or occlusion.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

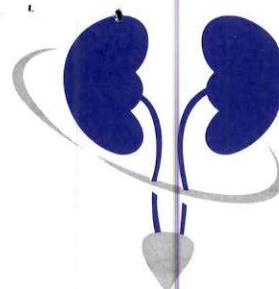
Reins - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circoncision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلى والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلى المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناصالية

العقم عند الرجال

الصحة الجنسية

الختانة

Berrechid, le : 12/04/2022 برشيد في

Mme Aguerrou Fatiha

57,70

Bedelix

AS

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V: 57DH70
01/03/2028
01/03/2028
118000 010234

57,70

Amal

Am Bedelix

PHARMACEUTICAL MATA
DA GOURGIST IMADA
TÉL: 05 22 51 73 83
Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Berrechid

183، شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 3 - الهاتف : 05 22 51 73 83 - برشيد

183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tél.: 05 22 51 73 83 - Berrechid

E-mail : drkarimtounsi@gmail.com