

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

Nº P19- 058269

Optique *ANSELME* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0397*

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : *RETRAITE*

Nom & Prénom : *NAHAS ABDELLAH*

Date de naissance : *20/04/1944*

Adresse : *102 LOTISSEMENT MANDARINA
SIDI MAZA ROUE 1er CASABLANCA*

Tél. : *06 69 58 57 12* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *6/4/2022*

Nom et prénom du malade : *NAHAS ABDELLAH* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Affection Neurologique*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

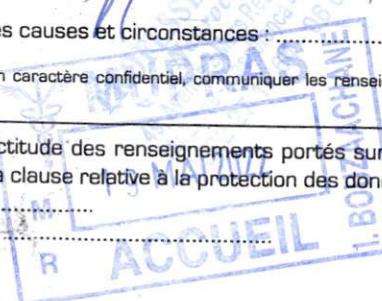
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

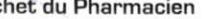
Le : / /



דְּבָרֵי נָבָעִים וְנָבָעַת

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
6/4/2023			30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ANGERIE AL MAWLID et AHSI Hassan Santi unification of the two	06/04/22	2609,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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'ORL.

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49 , Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage
(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez- vous

الدكتور العمرياني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

شارع 2 مارس الطابق الأول

(قرب ثانوية محمد الخامس) الدار البيضاء
الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

Casablanca , Le 06/04/2022

بيضاء في

506,00x3

Mr NAHAS Abdellah

PPV:236 DH 00

DONZEP 20

236,00x3

ALMANTIN 20

126,80

NODEP 50

HALDOL

4,80x4

**Pr AMRANI JOUTEY FOUAD
NEUROCHIRURGIEN**

49 AV 2Mars RES. LES ROSEAUX

ICE : 001703306000087 IF : 4380772 P : 33657753

Tél : 05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48

NOTE D'HONORAIRE

**Date : 06/04/2022
N° : 22040028**

MUPRAS

Mr NAHAS Abdellah

EXAMEN	MONTANT
Consultation	300,00
Total :	300,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **TROIS CENTS DIRHAMS**

*PROFESSEUR AMRANI F
Dr Amrani Joutey Fouad Neurochirurgien
49 Avenue 2 Mars résidence les Roseaux
05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48*