

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : rec@mupras.com
 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 589 Société : RAM ND 01301

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Hay Esperalée 2, Rue 19 n° 11, Ann 7 Sébaâ El Glaoui

Tél. : 0660941308

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 :

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 : 29/08/2022 à Gafsa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/08/2022

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
13/08/89 CS				<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>
26/08/89 CS	G			<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/08/89

188130

26/08/89

285102

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

26/08/2022

- Mr. EL Anbi Bencharib

- Panoram 10 ml



285-C

PHARMACEUTIQUE ABOU ZAID
S.A.R.L
Rue 36 N°04 Casablanca
Tél 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 79
Bouznaze

WILAYA
Centre de Radiologie
Casablanca
Téléphone : 0522 49 10 91
Fax : 0522 49 10 92

Docteur Mohamed AMAR

Spécialiste en Rhumatologie

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

Résidence chabab, Imm. F3
Appt. N° 1 Bd. My Mohamed El Baamrani
(à côté de la clinique Firdaous) - Aïn Sebaâ
Casablanca - Tél. : 05 22 73 15 87

الدكتور محمد عمار

اختصاصي في أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري والروماتيزم
خريج كلية الطب بباريس

إقامة الشباب عمارة F3 الشقة رقم ٢
شارع مولاي محمد البعمريانى
(بجوار مصحة فهودس) - عنين السبع
الدار البيضاء - الهاتف ٥٦٣٧٨١٥٢

Casablanca, le :

Casablanca, le : 10/01/2019
El Fatai Benchilia

T = 188130
S.V.

180/3
S. S. Mohamed Farah
Doctor of PHARMACOLOGY
University of Khartoum
Khartoum Sudan 1970
Tunis 1973 - M. Sc.

F. P. Madsen

LOT 21006
PER 07/24
PPV 144DH30

144,30 |||

CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 100ml

PPV
285DH00

22,00

22,00