

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4236** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **HARAKAT Wafa**

Date de naissance : **25/06/1974**

Adresse : **Dar Falak - Rue Isel Agourki - C1 - Casablanca**

Tel. : **0663 444000**

Total des frais engagés : **171,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR ABYAD Abdessamad**

DR ABYAD Abdessamad
Chirurgien Urologue
INPE : 04118665
Tél : 06 60 75 22 24

Date de consultation : **10/12/2012**

Nom et prénom du malade : **HARAKAT Wafa**

Age : **38**

Lien de parenté : **Elle-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Problème urinaire (urte)**

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 : **Casablanca**

Le : **08/12/2012**

Signature de l'adhérent(e) : **Wafa**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/01/22		Général G	-	INP : 0111-06-22 DILARYA Chirurgien 0411802222 INP : 0607522

EXECUTION DES ORDONNANCES

Bachet du Pharmacien Nom du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL MANSOUR SOURCE Docteur en Pharmacie 7, Rue Ain Assoudoune, C.P. Casablanca T.Fax: 05 22 22 05 22	18/10/22	121,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

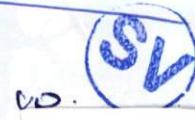
Centre d'Urologie

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUAD MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoun, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 38 24 85

Casablanca, le... 15/10/2022

Am Harakat Wafa

63,90 1) Bi-profenid



63,90

14g x 21j

2) KINAT - cr. 795
PIHARMACIE SOURCE
Melle EL MOUAD MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoun, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 38 24 85



3) Doliprane 14g x 21j
14g x 21j
14g x 21j



Dr LABYAD Abdess
Chirurgien Ord
INPE: 04118
Tél: 06 60 75 22

PPV 14DH00
PER 06/23
LOT J1168

