

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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

A 69188

Déclaration de Maladie : N° S19-0000891

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : QAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

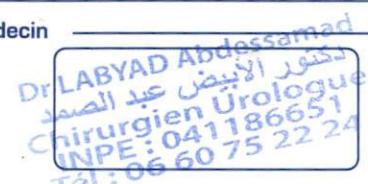
Nom & Prénom : HARAKAT Wafa Date de naissance : 25.06.1970

Adresse : Tar Alalak, Rue Tel Agouzki, Cite G...

Tél. : 0663444000 Total des frais engagés : 544,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08.07.23

Nom et prénom du malade : HARAKAT Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sténo. uréthrale

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 : 20.07.2023

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
08/05/23	G			<i>DR LABYAD ALI Chirurgien Radiologue INPE : 041 186651 Tel : 06 60 75 22 24</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DR EL MANSOURI MOUAWAD 6-7 RUE EL MOUAWAD TUNISIE 1002 TÉL : 09 42 24 05 00</i>	08/05/23	544,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H at the top left, G at the top right, D at the bottom left				



AKDITAL

Centre d'Urologie Oasis

مركز أمراض و جراحة المسالك البولية الوازيس

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI
6-7 Rue Ain Asserdouine
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.86.26.60

Casablanca, le...

26/05/23

Youssef Haricot + Wafa,

1x220x3
1) Undine 4x 80g

My x 15

Dr LABYAD Abdessamad
جراح المسالك البولية
Chirurgien Urologue مصيص
INPE: 041186651
TEL: 06 60 75 22 24

2x Doliprane 1000 mg
14.00x2
My x 80g
544

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdouine
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.60



Lot N° : 1208056
Fab : 08/2022
Per : 08/2024
PPV : 172,20 Dhs

Lot N° : 1205863
Fab : 06/2022
Per : 06/2024
PPV : 172,20 Dhs

Lot N° : 1208056
Fab : 08/2022
Per : 08/2024
PPV : 172,20 Dhs