

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

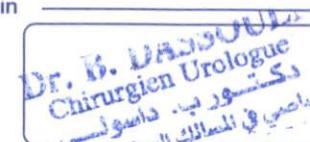
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SIKALI FAROUK A A 3414
 Date de naissance : 1946
 Adresse : FARAH SALAH Résidence AL HAMO
 Tél. 0644 282498 Total des frais engagés : 160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2017

Nom et prénom du malade : SIKALI FAROUK Age: 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : légère hypertrrophie prostatique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

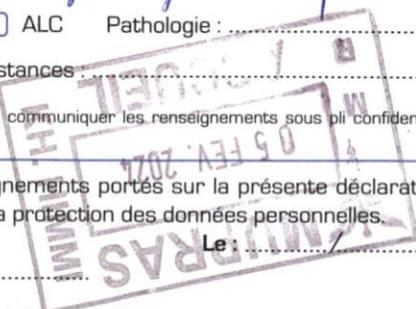
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 8/1/2017 Le : 8/1/2017

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
30/01/2011	cs		gratuit	 Dr. M. J. Chinappa Chirurgien

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code et Nom du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Capot du Pharmacien Bd Yacoub Mansour ABALANCA	20/05/24	46,7,-

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

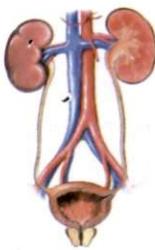
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



151,60

1) Seliat 80/5 mg
50 box x 2
Nettli = 14 p/p

2) CARDENASIEL

33183 KARDEGIC Aug 16

19.50 1 shot /
9) OTRIVINE

~~79,5 x 2~~ 3 pulj
159,00) TERAZOCIN

1996

© AMM · AD6/18 DMP/21/NRQ

LOT 12328013
PER: 06/2026
PPV: 79.50 DH

N° AMM : 406/18 DMP/21/NRQ

LOP: 12823013
PER: 06/2026
PPV: 79.50 DH

79. Angle Bd Anfa, & Rue Ibir Bnou Hayane (en face de la Commune Sidi Belvout)

79, rue labir bnou Hayane - Tél.: 0522 20 44 54 - Gsm : 06 63 61 99 69

E-mail : bdassouli@gmail.com

إقامة كازا أنغا، شارع أنغا (مقابل جماعة سيدى بليوط)

79, rue labir bnou Hayane - Tél: 0522 20 44 54 - GSM: 06 63 61 99 69

المحمول : 0663 61 99 69