

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.

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

197854

Déclaration de Maladie : N° P19-0005557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule 10049 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RIAD Mohaoud Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661915351 Total des frais engagés : 28-2-2024 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAOUSSI Abdellah
Omnipraticien - Echographie
39 Bd. Chrab Hayem Derb Moulay Cherif
Hay Mohammed - Casablanca
Tel. 022.82.30.21

Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : RIAD NOHANG Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H74 - cys hpe

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 : Conseil Le : 27/02/2024

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
27.02.24	CJ			<i>Dr. TAOUSSI Abdellah</i> Omnipraticien - Echographie 59. Bd Chafai Najem Derb Moulay Chérif Hay Mohammadi - Casablanca Tél. 022.62.30.21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA CIE CHRIFF</i> 27.02.24	27/02/24	642,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<

Dr. TAOUSSI Abdellah
 Omnipraticien - Echographie
 59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif
 Hay Mohammadi - Casablanca
 Tél.. 022.62.30.21

131,60

17/2/2024

ORDONNANCE
 MARS MOHAMMED



127x4 Atacand 8 mg 4 Btks
 131,60 Spectrum 100 mg 2x 10

SYNTHEMEDIC
 22 rue soueïb bñou al ouam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V:127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue soueïb bñou al ouam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V:127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue soueïb bñou al ouam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V:127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue soueïb bñou al ouam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V:127,70 DH
 6 118001 020539

Dr. TAOUSSI Abdellah
 Omnipraticien - Echographie
 59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif
 Hay Mohammadi - Casablanca
 Tél.. 022.62.30.21