

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Mise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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 : 1091 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATIHI HASSAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.64.43.7956 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
		D 00000000 35533411	E 00000000 11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>					

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	P 14 / 52510	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1091	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom : FATHI HASSAN		Fonction Retraite	
Phones : 0664 43 79 56		Mail :	
MEDECIN	Prénom du patient : Fatihi Kamla		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 14-9-19
Nature de la maladie : <i>Maladie mentale</i>			
Date 1ère visite : 14/09/19			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	A	150,-	
PHARMACIE	Date : 14/09/19		
Montant de la facture : 213,50			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : <i>CACHET</i>			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <i>CACHET</i>			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

DOCTEUR Mouna TALIMI

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université
de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم
الطب العام
الفحص بالصدى
طب الشفط
حاصلة على диплом
من جامعة "رين" بفرنسا
INPE 061173340

***** Berrechid le : 14-05-15 *****

برشيد في :

Fatih kamil

76,00

1) Elitac



23,00

2) stokin



45,50

3) amesolt



68,60

4) H sand



213,50



0676.45.48.49 - 0522.32.44.55 - المحمول : 0522.32.44.55 - الهاتف : 0676.45.48.49 - زiad الطابق الأول برشيد - نهج ابن ريزاد

4 Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrechid - Tel : 0676.45.48.49 - GSM : 0676.45.48.49

EFITAC 150 mg
Ranitidine
20 comprimés effervescents



Prokinin® 10 mg
Domperidone

30 Comprimés Pelliculés

6118000 330400

Lot n°:

A ut. av.:

PPV:

76,00

23,00

PHARMAS
LOT : 5169
UT.AV : 01-23
PPV : 45DH90

Trimedat® 150 mg Poudre pour suspension buvable sans sucre, 20 sachets



6118000 094708

هيبيانات

فرص

A consommer de
préférence avant fin :
03/2022
Lot n°:
V066A

68,60DH

Prod.
Via delle Ind.
Importé et dist.
Benjellal

