

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.

Prothésiste :

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.

Déclaration de 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1651

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : Boudou Farnouk

Date de naissance : 21/9/51

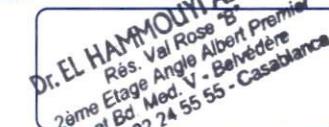
Adresse : 8, Rue Tabia Horaine (sous Rue)

Tél. : 0661611094

Total des frais engagés : 543 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 OCT 2019

Nom et prénom du malade : Boudou Farnouk

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie de l'oreille

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie de l'oreille

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 28 Octobre 2019

Le : 28 Octobre 2019

Signature de l'adhérent(e) : Boudou Farnouk



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 OCT 2019	Eq			<i>Dr. EL HAMMOUD Abdellatif Rés. Villa Rose 2^e 2^{me} Etage Appartement Premier et Bd Mouloud Mammeri 21 55 55 Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL HAMMOUD 28 Rue Hassan II Tél: 0522 21 70 70</i>	28/10/19	423,00

INPE 092.017.201

ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS												
DEBUT D'EXECUTION																
FIN D'EXECUTION																
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412		21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



28 OCT 2019

Casablanca, le: الدار البيضاء، في

136,20

56,20

20,00

24 Dofligrlypt

20,20

39 Ofipex Eau de Col.

58,40

17 Solupred 200 mg x 10

51,00 x 2

ref Brimol Sif sup N°2

30,00

100cc x 3f

69 Oedex 200 mg x 10



Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angie Albert Premier
et Bd. Med. V - Belvédère
TAI 05 22 24 55 55 - Casablanca

بساحة ال ياسير فالروز - ب - الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 24 55 55

Place El Yassir VALROSE "B" N°5, 2ème Étage Bd. Med V - Casa - Tél.: 05 22 24 55 55

51,00

51,00

NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V: 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc



6 118 001 150 205 >

NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 120 doses

P.P.V: 136,20 DH

Distribué par MSD Maroc



6 118 001 150 199 >

LOT 181761
EXP 08/2021
PPV 30.00DH



1 M aine

R

8KTLDW7002
06 2021

8KTLDW5001
07 2021