

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

Déclaration de Maladie : N° S19-0001093

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

ca

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11689 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AITBAHADDOU S.AIDA Date de naissance : 12-09-1972

Adresse : Jamila 5 Rue 10 N° 5 C. D. Casablanca

Tél. : 06.60.46.97.61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/10

Nom et prénom du malade : AITBAHADDOU S.AIDA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie chronique

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 : casab

Signature de l'adhérent(e) : S.AIDA

Le : 09/11/10

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09-11-19 | C | 1 | 200.00 | Dr. Amine ABDELLAH OMNIPAC 1500 Avenue Oued Aïn rue 181, N° 55 - Casablanca Tél./Fax: 05 22 56 36 46 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  <u>D. LAHIDI Mohamed</u> | 09.11.19 | 141.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de

الدكتورة أمينة عرو
الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي
حاصلة على دبلومات جامعية
طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخير الإ
مرض السكري) - الفحص بالصدى
أخصائية في الطب الرياضي

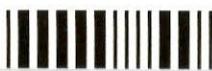
Lot: LF15812A
Per: 03/2021
PPV: 42 DH 00

Lot: LF15812A
Per: 03/2021
PPV: 42 DH 00

42,00



42,00



Casablanca Le 09-11-19

الدار البيضاء في

Le ART BABA ADDOU SHARON

42,00 x 2

1) Dexmet cp n°2



57,00

141,00

2) Dycrone m



الرجو إحترام وصفة طبيبك

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax:05 22 56 56 46 - Email: dr.amina.arroubi@gmail.com
Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba