

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.

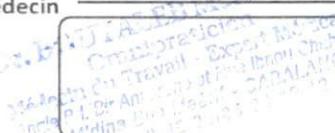
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6970		Société : RAM.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FADHIL FATIMA			
Date de naissance : 09.09.1960			
Adresse :			
Tél. : 0522912476		Total des frais engagés : 174,40DH	
Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17.06.2019			
Nom et prénom du malade : Dr. fadhl fatima			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Atteinte respiratoire			
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. 09 DEC. 2019			
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 : de l'adhérent(e) : Le : / /			

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
17/03/2013	2013-03-C		180,-	INP : 091PBD0513

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POUR LA SANTE - Casablanca 197, Bd. Bourguiba ICP: 000830569000018 INPE: 092048958 Tél: 0522 36 92 59	17/10/10.	24,40.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]														
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]														
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]														
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 21433552</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td></tr> <tr><td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td><td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412 21433552		00000000 00000000		D	G	00000000 00000000		35533411 11433553		B		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
H																		
25533412 21433552																		
00000000 00000000																		
D	G																	
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [REDACTED]														
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]														

Docteur Med Kamal L

LOT:

24/40

OMNIPRATICIE PER:

Expert auprès des TRT PPV:

Diplômé en Médecine c

Agrée pour établir les certificats du permis de conduire

Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Chahid

en face de M'DINA BUS - Maarif - 2 ème étage

Tél : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

CASABLANCA

الدكتور محمد كمال بوطالب

الطب العام

خبير لدى المحاكم

اختصاصي في طب الشغل

معتمد لإنجاز شواهد رخص السيارة

زاوية شارع بيرأنزاران وزنقة ابن شهيد

أمام حافلات المدينة - المعارف - الطابق 2

الهاتف : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

الدار البيضاء

Casablanca, le : 17 OCT 2019

Mr FADIL Fekima

1 Nodav 1f

PHARMACIE PORTÉ D'ANFP
197 Bd Bourgogne - Casablanca
Ref: 0008309660000018
INPE: C92048958
Tél: 0522 3692 59

1 sachet 3x11g ut
sur 2g + 6g

2 Pectogel 2g
2 ca 3x11

3 Nurofen 400
24,40 1f 3x11 2p/pc 2g
x 3pces

4 Privalone 250mg
2 pnts 3x11 dos chape 12/1

Dr. HOUJALEB Med. Kamal
Omnipraticien
Médecin du travail - Expert Médical
Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Chahid
Face à M'dina Bus - Maarif - CASABLANCA
Tél: 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42