

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-467458

ND 13438.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12305	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL MARDI ATMANE			
Date de naissance : 16/06/83			
Adresse :			
Tél. : 06 61 11 86 19 Total des frais engagés : 1350 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/11/2018			
Nom et prénom du malade : El Mardi sommeil Age : 35			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cumulation vacun			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AS			
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 : **CASA** Le : **26/11/2018**
Signature de l'adhérent(e) : **Allal Seige/Ram**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>PHARMACIE MORAIS S.A.R.L.</i> <i>Mme. HILY NADIA R.P.P.</i> <i>Bd 50, 15101, TÉL : 05 20 22 19</i>	<i>26/11/2019</i>	<i>709.00</i>

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	

RELEVÉ 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 l'ODF.

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
والحساسية و مرض الروبو
والطب المثلثي

طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

ANE
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 270,00 DH
ID : 616804
Barcode : 6 118001 141708
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso p
Do not inject/ Ne pas inject

الدار البيضاء في : 26/11/2015
Casablanca, le :

الموافق

439,00

1) Hexaxim

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
HEXAXIM 0,5ML 1F 2AIG
P.P.V: 439,00 DH

Barcode : 6 118001 082063

SV

SV

270,00

2) Rotarix

3) Dolipore - app 100ml

709,00 إجمالي 2755 - 285

4) Thymo 100ml.
deserts que vacin

Pharmacie MORJAHIA
CASA S.A.R.L.A.U
Mme. HUIAJ-NADA EP. BELHAJSOULAMI
Bd 50, 15
Tél. : 05 22 32 19 31

372, Lottissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca
Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkirane@gmail.com