

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

- Reclamation : 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.

M23-0016253

189994

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : HALMONY Abdelmajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop ALICHRAFI - 21 Sidi Ytâa 204 f

Télé : 0639 88 866 46

Société : RAM

Autre : Confidente

1944,30

Total des frais engagés : 1944,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/11/23

Nom et prénom du malade : ZIDOUNE ICB Bi DA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 16/11/23

Signature de l'adhérent(e) : ZIDOUNE ICB BI DA



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
07/11/23	Acte GCA	300 DH		Dr. Siham RELAIS Cordialement Angle Bozizi Tachefer et Adraa EL Mouridiuchi 3eme Etage N°5 Tunisie - Tel: 0522 611 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2023	164,41,30

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	





Dr Siham Belaiche

Zitouna Kabin

16.7.09.6

↑ Triplexom 10/8/09

16.7.09.2



35.7.09.3

Acropogon

sein



Boas

17154

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة قلطممة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
(فوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

13,20

ALGIK



~~open box~~



ALGIK® 500 mg + 50 mg

16 comprimés



13,20

Dr. Sihem BELAICHE
Cardiologue
Angle Ba ibn Tacheuf et Adraa
EL Mourakabchi 3eme étage N°5
Casablanca
Tél: 0522 611133

63,20



AMM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zyrtec 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



63,20

AMM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zyrtec 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



63,20

AMM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zyrtec 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



63,20

AMM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zyrtec 10 mg

imprimés pelliculés sécables



63,20

Zyrtec 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



AMM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zyrtec 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



63,20