

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8730		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEBTOUN NADREDINE			
Date de naissance : 06/07/67			
Adresse :			
Tél. : 2665181848		Total des frais engagés : 20000 Dhs	

PR4FR05/N2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	Docteur Ilham CHAH Medecine Générale Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattar Casablanca - Tel. : 05 22 20 45 45		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	19/03/2024		
Nom et prénom du malade :	Broachiche REDA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint 2024	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	maladie		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : maladie
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 : **28/03/2024**

Signature de l'adhérent(e) :



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
19.03.2024	Acte de consultation	1	20000	Dr. Dr. Ilham CHAHAN Médecine Générale N° 2 Nefs, 3 Rue Abdessamad CHAHAN Télé : 06 61 20 55 55

A blue ink stamp featuring a profile of a winged griffin. The text within the stamp reads:

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE ALEXANDRE III

Mme BENJAMIN, Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre III, Paris 75013

Tel. 0522 86 1513

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur Ilham CHAH

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة الهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le 23/11/2023

PPU: 168,20 DH
PER: 652450
LOT: 05/25

Dr. Ilham CHAH
Medecin
Av. 2 Mars, 3 RUE
Casablanca

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V.: 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/INTO
70024931
130916-1
3881
6 118001 160051

50,60
PPV
LOT
PER

PPV: 56,30 DH
LOT: 23H09D
EXP: 08/2025

3, Rue Abdesslam El Khatabi, AV.2 Mars, El

الهاتف : 06 61 46 84 49 / المستعجلات : 05 22 28 34 52

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء