

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'accord préalable est exigé pour toute hospitalisation, médicale, chirurgicale, soins dentaires, spéciaux, extractions multiples, parodontologie, 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 analysant les résultats des analyses doit être présentée sous pli confidentiel et doit être jointe au pli de demande médicale pour toute demande de remboursement.
- La responsabilité du médecin prescripteur des analyses doit être démontrée par le médecin conseil à l'adhérent.

Optique :

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

Reéducation :

- L'accord préalable renseigné par le médecin prescripteur est exigé avant le début des séances de rééducation.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaires :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique qui doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de maladie

N° W19-540061

ND: 30724

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JALAL Zakaria

Date de naissance : 04/08/2000

Adresse : ...

Total des frais engagés : 272,96

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : JALAL Zakaria Age : 20 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Infection Cutanée

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, j'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 17/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : per@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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	---

12/06/2020	C	C	G	
------------	---	---	---	--

Dr AMAL MEN
 Médecin Généraliste
 C/S Mers Sultan
 Délégation El Fida Mers S
 Casablanca - INRE : 09122

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	17/06/2020	272,90
--	------------	--------

000457500000062

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

O.D.F
 PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

D G

B

[Creation remont adjonction]

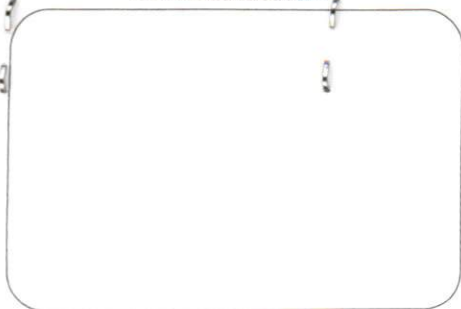
D G

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

ORDONNANCE

Cachet du médecin



A

Le

17/6/2020

PHARMACIE MENARA
SENHAJI Mouna
Derb el Miter N° 9 Rue 1
Derb Boucheatouf Casablanca
tél: 05 22 22 40 23

115,90 Mr Zakaria DALAL

1) - Ecochlor 1g (SV)

180 x 2 / j 17 j

99,00

2) - Dawa sept (SV)

1 pulv x 2 / j

58,20

3) - Histanon cp (SV)

972,93 4 cp 1 j le soir

Dr Amal MENDOIR
Médecin Généraliste
C/S Mers Sultan
Délegation El Mers Sultan
Casablanca INPE : 091225607

HISTANORM 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 12/2021
LOT 9N023 1

LOT 19036 PER 09/21
PPV 115DH90



DERMASEPT®
SPRAY

Lot : 706
À consommer de
préférence avant le : 11/2022

PPC : 99,00 DH