

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

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° P19-0028454

ND: 33394

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 102461 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSERRHINE Abdelfjalil

Date de naissance : 14/12/1964

Adresse : 02 Rue ALHAMRA Berredu

Tél : 0662 77 91 45 Total des frais engagés : 360,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/1/20

Nom et prénom du malade : ASSERHINE YOUSSEF Age: 4 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypoallergénie

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 : Nouakchott Le : 13/03/2020

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
31/01/20	Gu	200/1	200,00	Dr. HADAQUI RIAHI PEDIATRE - ALLERGOLOGIE Bd. Med V Appt 1 - BERRECHID 0671 22 07 05 - Tel: 1522 32 44 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alia N° 425 - Cité des Moulins - 1000 N° 05 22 32 48 38	31/01/20	160,30

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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d'hygiène dentaire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552 00000000 00000000 11433553	D	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Berrechid 1 20 برشيد، في

ORDONNANCE

PPV: 48DH50
PER: 11-22
LOT: I2615

48,50

PPV: 20DH00
PER: 05/22
LOT: I1331

ID: 623498
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,90 DH
6 118001 141357

ID: 623498
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,90 DH
6 118001 141357

= 160,30

3, Bd. Med V Hay Zahra - Berrechid شارع محمد الخامس هي الزهراء - برشيد

Tél.: 05 22 32 44 22 - Urgence : 06 71 32 97 05

Dr HADAOUI RIAHI
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
3, Bd. Med V Hay Zahra - Berrechid
Tél.: 05 22 32 44 22 - Urgence : 06 71 32 97 05