

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

- 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-480231

N° : 35394

Durant
durant
NSN

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3576	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Retraite	
Nom & Prénom : JAMAL EDDINE Houcine			
Date de naissance :		29 JUIN 2020	
Adresse : habilielle			
Tél. : 231 77 2626		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. KHADRAOUI Driss Médecine Générale 160, Bd. Med. V 1er. Etage 33.62.11 - BERRECHID 01 21.40.25 </div>		
Date de consultation : 23/07/2020		
Nom et prénom du malade : JAMAL EDDINE Houcine Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HT + gastrite		
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'adhérent conseil de la Mutuelle.		

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT		
Déclaration de maladie		N° W19-480231
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		
Matricule : 35394		
Nom de l'adhérent(e) : JAMAL EDDINE Houcine		
Total des frais engagés :		

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
23/7/2023	C	A	150,00	INP : 614844163
				Dr. KHADRAOUI Driss Médecin Générale 110, Bd Med Aler. Elage 62.1 - BARRECHID 01/21-40.25

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Violet Adherent

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D G B	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 B 00000000 11433553	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				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'EXÉCUTION

Dr. Haj Driss KHADRAOUI

الدكتور الحاج إدريس الخضراءوي

MEDECINE GENERALE

Ancien Interne des

Hôpitaux de France

160, BD Mohammed V

1^{er} Etage – Berrechid

Tél. : 05 22 33 62 11

GSM : 06 61 21 40 25

الطب العام

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات فرنسا

160 شارع محمد الخامس

الطباطق الاول - برشيد

الهاتف: 05 22 33 62 11

المحمول: 06 61 21 40 25

ORDONNANCE

jamaleddine Houcine

(S V)

1 - Omegren 20 mg (03 بلج.)

6 8 8 2 6 15 x 2 1 1

2 - Tenore dic: 50 ml, 15

15 x 2 (S V) (06 بلج.)

522,65

Dr. KHADRAOUI Driss
Médecine Générale
160, Bd. Mohammed V, 1^{er} Etage
Tél. : 05 22 33 62 11 GSM : 06 61 21 40 25

الطب العام
65-63 شارع محمد الخامس 11 رقم - برشيد
الهاتف: 0522 53 43 14

38,00



Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH
6 118001 182350

38,00



Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH
6 118001 182350

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH
6 118001 182350

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH
6 118001 182350

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH
6 118001 182350

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH
6 118001 182350

38,00