

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.

Éducation :

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

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.

AS : 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

Nº P19- 0040616

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Couplet

*couplet
36378*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7140*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Mme DAIHAN RHOA*

Date de naissance : *30-01-60*

Adresse : *05 Rue Saad AL WAHDA Lot Regragg BERRECHID*

Tél. : *0661442818* Total des frais engagés : *864,90* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la 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 : *BERRECHID*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *05/07/2020*

12 AOUT 2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19- 040616

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
10/05/2022	contrôle	gratuit		 Dr. B. S. Chauhan 11-BM-2022-03-03 T-05-22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BERRADA Omar Pharmacie Chaouid 2, Av. Moulay Ismail Fès - Tél. : 053 72 11 11 INPE</i>	10/01/90	864,90

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	

VOLET 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 de l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II

د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجوا بفرنسا

ORDONNANCE

Mme Daliah Rkia

10/07/120

1) Régime pauvre en sel
123,60 Dhs



2) Inexium 40 mg

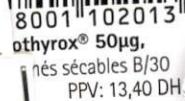
1c p/j le matin à jeun
13,60 Dhs

2) Levothyrox 50

1c p/j le matin à jeun
60 Dhs

3) Flu dex

1c p/j le matin



Traitement pendant 3 mois

T: 864,90

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
 CARDIOLOGUE
 Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 04

N°11, Boulevard Mohamed V

Tél : 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 04

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bennou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14

641/150MP/21NRQ PPV: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bennou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14

641/150MP/21NRQ PPV: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bennou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14

641/150MP/21NRQ PPV: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bennou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14

641/150MP/21NRQ PPV: 123,60 DH

6 118001 020607

14 80