

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.

MUPRAS : Centre Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

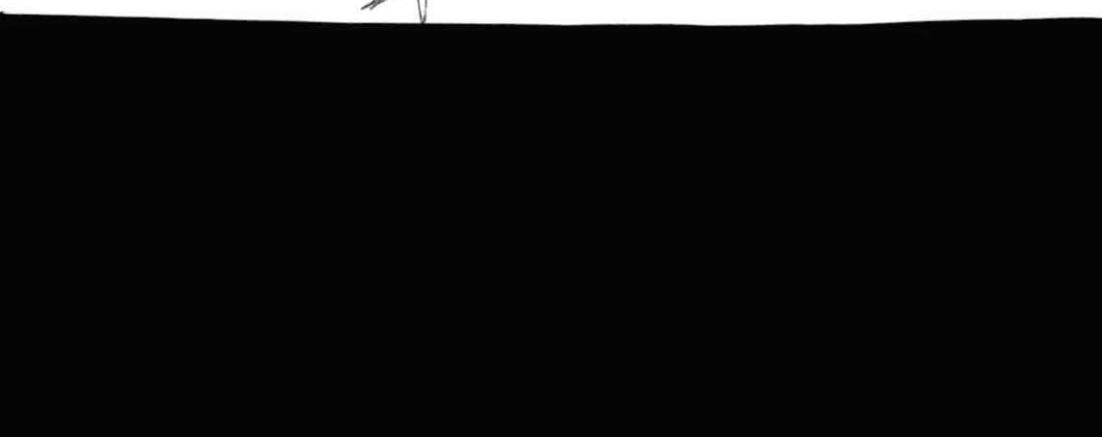
Cherche N° W19-504125
N° 21660

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8495	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSAÏA, ABDELAÏD			
Date de naissance : 14-03-65			
Adresse : habitation			
Tél. : 0665 228896	Total des frais engagés : 450 - Dhs		

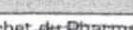
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05-02-2020	
Nom et prénom du malade : HASI WASSA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : dyslipidémie	
En cas d'accident préciser 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 : RAM Le : 15-02-2020
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Déchet et signature du Medecin attestant le paiement des Actes
5/2/2020	C		150	DR M. Mahdi Assermentation Générale / Fabrik Date : 05.07.2020 Signature : Amae Fabrik

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie DIAZ 4, Rue Jukkala, Beuzeval Tel./Fax: 03 84 49 10 20 RCP: 102061678	05.01.2006	300,00

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

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

VOLET ADHERENT

Dr HAMIDI M . Mahdi

LAUREAT DU C.H.U. AVICENNE

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Échographie Générale
de l'Université de Montpellier 1 France.

EXPERT ASSERMENTÉ

الدكتور حميدي م. المهدى

خريج المركز الجامعي ابن سينا

الطب العام

حاصل على شهادة للفحص بالايكتوكرافى

من جامعة مونبليي 1 بفرنسا

خبير معمل لدى المحاكم

Salé, le

05/04/2013

Nom :

HAJI / Missal

Jasmine / 21 cps
Drospirenone/Ethynodiol
P.P.V. : 100,00 DH
Bayer S.A.

⊗
LÉGION

6 118001 090327

Jasmine / 21 cps
Drospirenone/Ethynodiol
P.P.V. : 100,00 DH
Bayer S.A.

⊗
LÉGION

6 118001 090327

N-3
= Jasmine

X Osg

Jasmine / 21 cps
Drospirenone/Ethynodiol
P.P.V. : 100,00 DH
Bayer S.A.

⊗
LÉGION

6 118001 090327

100x3
300,00



Dr. HAMIDI M. Mahdi
MEDECIN
EXPERT ASSERMENTÉ / France
Echographie Générale / France
Asmae Tabriquet - Sale
Tél. : 05.37.86.25.28
42, Av. Lalla Asmae - Tabriquet - Salé - Tél. : 05.37.86.25.28