

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-512361



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 211815			
Matricule : 58786	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	first Aouar Yousif
Nom & Prénom : first Aouar Yousif			
Date de naissance : 01/05/1966			
Adresse : 14 Rue Guajete Tarante California Casablanca			
Tél. : 0661332729 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 12 MARS 2020			
Nom et prénom du malade : REZALI ASSEM Ghito Age: 55			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Grippe sur asthme			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Si			
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 - Casablanca** le **20 JAN 2020**
Signature de l'adhérent(e) 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES DALIAS 1. S. BOUFSIHA BOUHLAI 492, Bis Bd. Panoramique 1000 - Tél: 3522 521 522 20/11/10		384,00

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'ODF									
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>					
				Coefficient des travaux					
				Montants des soins					
				Début d'exécution					
				Fin d'exécution					
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 	Coefficient des travaux			
						Montants des soins			
						Date du devis			
						Date de l'exécution			
						[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION									

Ordonnance

Casablanca, le

20/01/2020

FILALI AOUAL Ghita

Age : 12 ans 9 mois

AZIX CP 500
1 cp / j, (pendant 3 jours)

VENTOLINE SPRAY
3 bouffées 4 par jour , pendant 10 jours

SERETIDE SPRAY 125 N° 2
2 bouffées 2 par jour

NURAX SUSP
1 cuillerée à soupe, 2 fois par jour (pendant 20 jours)

rs Lot: 190288
A consommer
avant le: 05/2022
PPC: 84.00 DH

1103
صيدلية الدار
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSHHA BOUHLAI
492, Bis Bd. Panoramique
(Montpellier) - Tél: 0522 527 55

Dr. SABOUA Laïla Ep. BOUZIANE
Pédiatre
Angie Dr. El Mardi 10h-13h
Rés. El Mardi 10h-13h
Casablanca T: 0524 42 11 11