

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

tions 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.

macie :

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.

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.

ntaire :

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 caractère personnel.

UPRAS : 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



61803 Déclaration de Maladie

N° M21- 0037281

→ Remboursement à 100%

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7099

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : Aziz Mahrez

Date de naissance :

13/08/1960

Adresse :

N° 44 Rue ou KNOUANE MAY errahia
Casablanca

Tél. : 06 65 10 80 44

Total des frais engagés : 2852,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2021

Nom et prénom du malade :

HATIM Salmia Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Néoplasie du sein

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

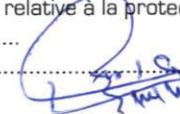
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 02/02/2021

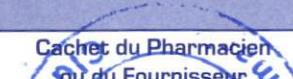
Signature de l'adhérent(e) :



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
01	01		6	
02				
2014-				BENCHAFAOUN Nadia Onco-Radio-Thérapie INP N° 910266

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CASABLANCA Béjaïa 10, Rue El Massâdine Tel. 05 22 36 26 32	01/02/2011	2852,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



07/02/2021

Hme HATIM . SAMI RA

Pr. A. Acharki
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider
Onco-Radiothérapeute

Pr. S. Sahraoui
Onco-Radiothérapeute

Pr. N. Benchakroun
Onco-Radiothérapeute

Pr. Z. Bouchbika
Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Mouafik
Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Hanniouï
Réanimateur-Anesthésiste

Dr. S. Cherqui
Hématologue

713.05.4

1's

- Létargie . GT 2,5 mg

ACP . T3x 4 mois

4 Boîtes

= 2852,00

Pr BENCHAKROUN Nadia
Onco-Radiothérapeute
INP N° 001026427



Létrazole GT® 2,5 mg



Voie orale

30 comprimés pelliculés

91174
02/2024
713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



Létrazole GT® 2,5 mg



Voie orale

30 comprimés pelliculés

91174
02/2024
713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



Létrazole GT® 2,5 mg



Voie orale

30 comprimés pelliculés

91174
02/2024
713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



Létrazole GT® 2,5 mg



Voie orale

30 comprimés pelliculés

91174
02/2024
713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

