

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 | adhésion@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.

N° W21-612658

63156

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	00919	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DARDARI Ahmed
Nom & Prénom : DARDARI Ahmed			
Date de naissance : 22 - 11 - 51			
Adresse : Hay attakamoune Rue 5 n°3 Oulfa			
Tél. : 0522 894 783	Total des frais engagés :	780,00	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> DR. ELBAUDI SAIDA Endocrinologue - Diabétologue 283, Bd Yacoub El Mansour Casablanca - Tél. : 0522 29 45 21 </div>			
Date de consultation : 13/02/2021			
Nom et prénom du malade : DARDARI Ahmed			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 61
Nature de la maladie : Diabète + HTA + Hypertension			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/02/2021



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
13/12/2021	CS	n	300 DHT	INP : 03M90331 ELBARTIS Endocrinologue Diabetologue BP 100 Avenue Mansour 021-6522 3456 81

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE Silham F. Docteur en Pharmacie Résidence Alnaim Oulfa Tél: 022-89.61.06 Casablanca	13.2.2021	1.420,00

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	

الدكتورة البديع سعيدة

اختصاصية أمراض الغدد والسكري والأيض
خريجة جامعة رين فرنسا



Dr. EL BADJI Saida

Spécialiste en Endocrinologie,
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Diplômée de l'Université de Rennes France

Casablanca, le : 13/12/21.

DARDARI Ahmed.

18,00 ₣ 3.



14p le Soir

3 mois.

63,00 ₣ 3

4 Tepidil 5mg.

14p mat apres repas

3 mois.

79,00 ₣ 3



14p le Soir apres repas.

3 mois

180,00 ₣



63,00

63,00

63,00

18,00

P.P.V 18DH00
PER 12/23
LOT J3324

18,00

P.P.V 18DH00
PER 12/23
LOT J3324

18,00

P.P.V 18DH00
PER 12/23
LOT J3324

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6118000250340

Laboratoires
Pfizer
S.A.

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6118000250340

Laboratoires
Pfizer
S.A.

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte