

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

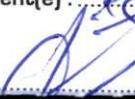
| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

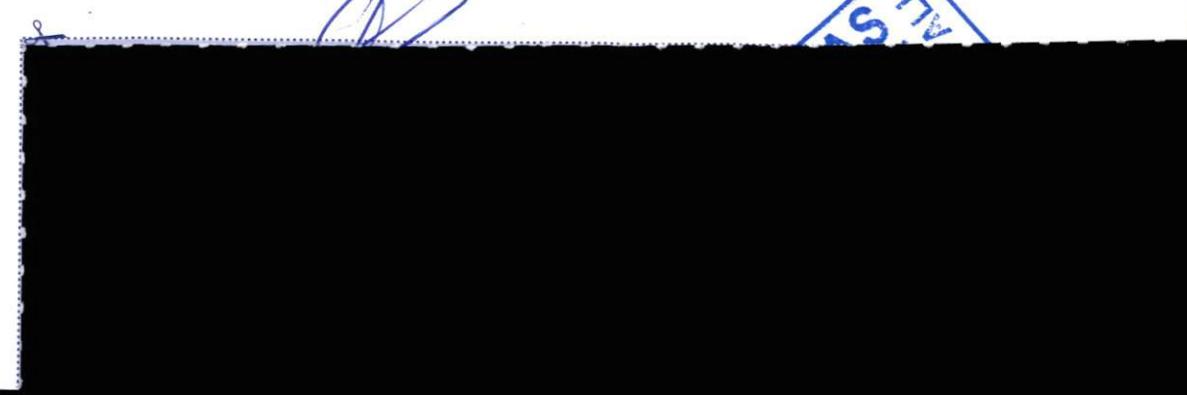
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

M.Qd N° M21- 0018940
Dos n° 24645. Voir déclarat^{at} TLD Optique Autres

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : 1196 | Société : R.A.M | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| Nom & Prénom : RAM RAM CHAFI | | |
| Date de naissance : 02/03/1950 | | |
| Adresse : Sidi RAARAF ESSAADA 1 N° 225/000 | | |
| Tél. 06 14 29 41 89 | Total des frais engagés : 832,50 Dhs | Dhs |

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

| | |
|--|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : / / | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | |
| <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca | |
| Signature de l'adhérent(e) :  | |
| Le : 15/06/2021 | |



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

PHARMACIE
Mme. KHAL
3^e L^e ét^e S^e 0522 97 39 81
Cachet du Pharmacien
ou du Fourisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE Mme. KHALIL Lot. Sodis III 3522 37 39 81 | 9.6.2021 | 832.50 |

| | |
|--|---|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | ANALYSTE |
| | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---------------------------|--|---|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. MARIAH
SAIDI A

PHARMACIE MATHMOU
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot. Sidi Hmed III - Sidi Hmed
Tel. 0522 87 39 81

GRASA Le 9.6.2021

Facture n° 18

| Quantité | Désignation | Prix | Montant |
|----------|--|-------|---------|
| 3 | CO. Amorof S.V. | 12500 | 375,00 |
| 3 | Rentus S.V. | 15250 | 457,50 |
| | ((Arrêter le Présente facture à la source de Huit, cet chèque d'en DH. 5000)) | | 832,50 |



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 stv 3ml
P.P.V : 152,50 DH



185,00

185,00

185,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 stv 3ml
P.P.V : 152,50 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 stv 3ml
P.P.V : 152,50 DH



valable 3 mois

Le 02/06/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca