

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.

Diologie 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

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 à caractère personnel.

MUPRAS : 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 062874

107563

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186

Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KRIAM DRIS

Date de naissance : 01-04-59

Adresse : 81 Rue El Jazairia 14 El Youss Bernache

Tél. : 06612662078

Total des frais engagés : 7000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/11/22

Nom et prénom du malade : KRIAM DRIS

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age: _____
 Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 :

Le : 20/11/22

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-062874

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10186

Nom de l'adhérent(e) : KRIAM DRIS

Total des frais engagés : 30290 Dhs

Date de dépôt : 21/11/22

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
27/1/22	c	21	150,40	Dr. KHADRAoui M.D. Médecin général - Etage 60- Bd. Nasreddine DIB 33 621 01 0000 01 40 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/22	302,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exi  s par la Mutuelle.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Haj Driss KHADRAOUI
MEDECINE GENERALE

Ancien Interne des
Hôpitaux de France
160, Bd. Mohammed V
1^{er} Etage - Berchid
Tél.: 022.33.62.11
GSM : 061.21.40.25

نور الحاج إدريس الخضراوي
الطب العام
طبيب داخلي سابق
يمستشفيات فرنسا
160 شارع محمد الخامس
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 022.33.62.11
المحمول : 061.21.40.25

ORDONNANCE

20.1.22

KRIM. Idris.

45,20 x 5

1. gen. Huile 850 S.V.

3800

x 2

2. Bisalix 60 S.V.

25 (مكسي) 60

302100

Dr. KHADRAOUI Driss
Médecine Générale
160, Bd. Mohammed V 1^{er} Etage
Berchid - 022.33.62.11 - 01.21.40.25

Pharmacie KHADRAOUI
Dr. Med. KHADRAOUI Tel. 022.32.67.30
12, Rue Med. Halima Tel. 0522.32.67.30
Berchid

38,-

45,20

38,00

(50 X 20 X 114) mm

45,20

45,20

45,20

45,20