

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 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.m.upras.com

Nº P19-0030773

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8112 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AZETTAJI Elsayed

Date de naissance : 1956 AL fajir

Adresse :

Tél. : 0592 2569,12 Total des frais engagés : 293,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/01/2016

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CROIX ROUGE	24.6.22	293,00

PHARMACIE GHORANE
Cabinet et signature du
Laboratoire et du Radiologue
Dr. S. GHORANI
Rue Dr. S. GHORANI
Quartier Casablanca
16 Bloc (C)
Sidi Bernoussi

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHG OFRANE			
LAILA LAILA			
BLOC (C)			
Sidi Béni			
Morabba			
Assabancia			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 traitements

صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRANE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدى البرنوصى - الهاتف: 022 73 31 26 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خربيجة كلية تور بفرنسا

Casa, le 24.6.2022

FACTURENº 000529

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
CDRILIC 500 mg	4	69.90	279.60
Cetechic 500 mg	7	13.40	93.80
			376.40
			7

La Présente Facture est Arrêtée à la somme de

Signature

Cachet

Harry



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

le 9/6/88

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Je soussigné: Dr SKIREN Vélo

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M: AZTOUA Natacha

Présente

une hypertension artérielle + goutte.

Nécessitant un traitement d'une durée de:

longue durée

Dont ci-joint l'ordonnance.

(A défaut noter le traitement prescrit)

DDRIK 2 mg 1 gal 6990X47
Colchicine 4 mg 13.40X1
1293,00

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-1-23-36 / 05-22-91-23-76

PHARMACIE GHUFRANE
Dr. MIRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca