

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 joints 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° W19-547145

125428

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 2069		
Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Réclamé	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Mr SOUHMANE Abdessadeq		
Date de naissance : 01.01.1949		
Adresse : Habituelle		
Tél. : 07 6660 6789 Total des frais engagés : 120 + 657,30 = 777,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<p style="text-align: center;">الدكتورة القيشي فاطمة Docteur EL KAICHI Fatima N°1, Jmm A28 Résidence Addamane Ain chock CASA Tél: 05 22 50 11 90 CP: 991054296</p>		
Date de consultation : 13/07/2022		
Nom et prénom du malade : SOUHMANE Abdessadeq Age: 78ans		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : HTA		
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 :** 13/07/2022 **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
13/07/22	C	1	120 DH	INP : 091054296 الدكتورة الشهري فاطمة Dentiste AL KACHI Fatiha N°1 Jm. A28 Résidence Addamane Ain chock CASA Tel: 05 22 50 11 90 INPE: 091054296

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mme EL ALAOUI Aicha 515, Av. du 2 Mars Andalous 1 Tel: 05 22 57 84 - Casablanca INPE: 092000121	3/07/22	637,30

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de tra

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Co
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8 on each side. A horizontal line			

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm. À 28 Résidence ADDAMANE
Aïn Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1، عمارة 1، 28 إقامة الضمان (الضحي)
عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 13/07/2022

ESOUUMMANE Abdessadeq

17/07/2022

1) Vartex 160 mg

104,60 + 1 cp J le matin.

2) Sectral 400mg

97,70 1 cp J le matin

3) AME P 5mg

1 cp J le soir.

Traitement de 02 mois.

657130

PHARMACIE du 2 MARS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél : 05 22 28 57 84 - Casablanca

INPE: 092000421

الدكتورة القيشي فتيحة
Docteur EL KAÏCHI Fatiha
N°1, Imm. 28 Résidence Addamane
Aïn Chock-CASA Tél: 05 22 50 11 90
INPE: 091054296