

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 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.

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

N° P19-

048025

139693

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146

Société :

R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUTHMAMI MOHAMED

Date de naissance :

1.1.1948

Adresse :

Tél. : 06.11.89751 Total des frais engagés : 1430.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumia CHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
3. Bd. Marrakech - BERRADA
Tél. : 0522 33 05 99

Date de consultation :

01.11.2022

Nom et prénom du malade : SAIDANE Mahjouba Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

BRONCHITE + DNID + 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-048025

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/11/22	C	xx	150 DH	Dr. Soumia GHAMRA Médecine Générale Echographie - Radiologie - 0522 22 66 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DENTALE CHAD Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE 93 Bd Mohamed V Benachid Tel : 05 22 32 40 68	01/11/22	1280.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
		</td		

برشید فی : ۰۱۱۱۱۱ Berrechid ,le:

SAIDANE Mahjoub

4870

1) Solupred 20 cp 1A

~~3 cpt~~ 3 cpt le matin à jeun.

13260

2) Mexol shop S.V $\frac{1}{2} \text{ j} \text{ l}$ avant
1 ca's x

(89, w²)

3) Diamicron 300 mg (2 B)
1 cap le matin à jeun

4) Glucophage 1000 S.V.P. (B.5)
1 CP X 21J S.V.P. , aps

5) Hy tacand 16/125 (B. 5)
16/125 (B. 5) ~~RECHD~~ 16/125 (B. 5)

9-1280,30

17 Bd de Marrakech, Hwy K9

برشيد - الهاتف: 05 22 33 65 99

Dr Soumia GHAMRAOUI
Médésine Générale
Echographie Générale
13, Bd Marmontel 22365
ع مراكش ٦٦٣٦٥٢٢
للهاتف: ٥٥٢٢٣٣٦٥٩٩

28,00

28,00

28,00

28,00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

PPV (DH):

LOT N°: 32,50

UT. AV.:

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

89,00

89,00