

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 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09452 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : ND
 Nom & Prénom : ZAKHIA R. Ghoulid
 Date de naissance : 11.01.1968
 Adresse : 143 Rue Omar Ben Hafsa Esc 5 Apt 20 Casablanca
 Tél. : 0626301906 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELABES Fatima
Gastro-Enterologie

Date de consultation : 15.06.22

Nom et prénom du malade : Allal Ben Abdellah Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Frère Nature de la maladie : Maladie Réinfectante

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 15/06/22
 Signature de l'adhérent(e) : Amal

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0048773**

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
15/6/23	3341	1	69	Dr. BELABEDES Fatima Gastro Entérologie 091251860

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie REGGAE TAZI A. B. BG. de la Libe Casablanca 31 33 94 0522 31 33 94 050244	15/10/23	204,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FBAIS 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 15.06.23

Hemofast®
Pommade

19,60

98,00

Venule

Mahjoeba

(S.V)

cp

Alahiballa



14 x 3/5 polt 01 mois

14.06.23
- Hemofast

suppo

(S.V)

1 suppo x 2/3 - }

19,60

- Hemofast
- keine
- app

(S.V)
x 2/3

polt

02 saucette

204,60

INP 092050244

Pharmacie REGIONALE
AZI Adnane
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tel. : 0522 31 33 94

01/25100
GASTRO-ENTEROPATHIES
Hôpital International Cheikh Khalifa
Fr. ASSIGNEZ LE NUMERO DE LA FICHE

VENULA® 200 mg gélule

hydrosmine

20 gélules
Voie orale

LOT: 13621004
PER: 04/2024
PPV: 38,00 DH



IBERMA

VENULA® 200 mg gélule

hydrosmine

60 gélules
Voie orale

LOT: 13622002
PER: 04/2025
PPU: 98,00 DH



Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50