

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

- 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.

Declaration de Maladie

N° W21-761122

189064



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10308 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Fezdaous App 7 IH38 Etgo2 cose ouelfa.

Adresse :

0602467656

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/10/2023

Nom et prénom du malade :

RAFIK / Arij

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AM

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



Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
02/10/2023	5		300,00	INP : 10108214 
				Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE DE TIR ANDÉ 58, Rue de l'Église Tél: 02 38 21 67 - CAS	02/10/23	683,40

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

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 02/10/2023
Numéro : 136 282

090061862



Nom patient : RAFIK ARIJ

Médecin : PR. DINI NOUZHA
Pédiatrie

2300754267

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	300,00

Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862
Email: contact@hkhz.ma
N° KSA 090061862*

SAFLU

N° Lot: 2UW824
Fab.: 08/2022
Per.: 08/2025
PPV: 102,10 Dhs

LOT: GB21161
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

LOT: GB21163
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

58,90

Ordonnance

Le 21/10/23

Rafik - ARIS

58,90 x 2

1) Socla **SV** 500

12,90

1 sachet x 3

2)

SV

102,10 Dhs

3) 5 x

3) Taburon

1 (Bul N° 1) de 10 ml

o/n longue

x 3 ml

4) Sironem 100 mg
pour l'ouïe che

Lot n°: 008T078B
Pér.: 04-2026
Médicament autorisé
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM
P.P.V: 45 DH 30

MUCOCIL®
Carbocisteine 2%
Sirop enfant - Flacon de 125 ml
PPV: 12,90 DH
6 118000 1905921

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat R.P. 1
Ain seba Casablanca
Vaxigrip 100 mg 0,5 ml
solo 101 6 118001 082247
PPV: 125,30 DH

4F.305 / Hartelius -- sprj.

18.30 85 x 35 to 55
PHARM

a) Vokalgruppe

140.00 x 12 ~~Selftest~~ 10.21.67 - CASA

683.40

PHARM TECHNICOUM
D. Jelazi
68, 1. Avenue Mame Nasse
Tél: 020 90.21.67 à CASA

PHARMACIE DE LA CITE UNIQUE
68, Rue Mme Therm - 107 Hamdun
Tél: 022 50.41.67 - CASA

58,90