

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 783

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR MOHAMMED

Date de naissance : 12.3.1946

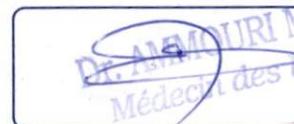
Adresse : Hay Liyara T. Rue 16 N° 13

Adress : Am Stack Casablanca

Tél. : 0661801088 Total des frais engagés : 932 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2024

Nom et prénom du malade : JAAFAR MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/01/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 34308

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 : 783

Nom de l'adhérent(e) : JAAFAR MOHAMMED

Total des frais engagés : 932,00

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
16.01.2024	Consultation	1	600	Dr. AMMOUI Marouane Médecin des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AC-CHARAF Dr Bouchra TAOUFIK Cooperative Ac-charaf, N° DM2 Hay Thara Haddaouia CASA	16/01/2024	332,00

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 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMBULANCE SIMPLE
 AMBULANCE MÉDICALISÉE
 SERVICE MÉDICAL
 AMBULANCE AVION SANITAIRE
 SOINS INFIRMIERS
 AIDE SOIGNANTE À DOMICILE
 HOSPITALISATION À DOMICILE
 CONSULTATION À DOMICILE
 CONTRE VISITE
 ANALYSE MEDICALE
 TEST COVID
 MATERIEL MEDICAL

الإسعاف العادي
 الإسعاف الطبي
 إسعاف الطائرات الطبية
 خدمات تمريض منزلية
 التمريض
 الرعاية المنزلية
 الفحص المنزلي
 إستشارة منزلية
 تحاليل طبية
 اختبار كوفيد
 معدات ومستلزمات طبية

MAYDAY

06 13 34 10 01

06 61999926

Ordonnance Médicale

A : Casab Le : 16-01-2024

Nom & Prénom : STAFR Mohamed S.L

170,00
LOT 231541 1
EXP 04 25
PPV 170.00 DH

14,00

79,00

69,00

332,00

LOT: 230738
DUO: 07/2026
88,00DH

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Acharaf, N° DM2
Inara, Haddaouia - CASA

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M3220
DT: AMOUR/Maroua
Médecin des Urgences

إقامة البدر تجزئة 11 عمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عن السبع الدار البيضاء
 Res. Al Badr Lot N°11 Imm N° 99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01

البريد الإلكتروني: contact@maydayhelp.ma