

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

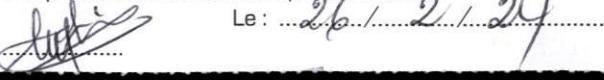
Matricule : 3627 Société : RAM RETRAITE
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : CHIKHAGUI NABIL
 Date de naissance : 12/05/59
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0668316343 Total des frais engagés : 566,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/02/2014
 Nom et prénom du malade : Atrouane el hossenier
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : pathologie du genou
 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 : 16/02/2014 Le : 26/02/2014

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TRAITS 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
26/02	G		30000	
24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 S. PHARMACIE SAIB 11. Zai Zai 2011 15.4.2011 05 22 00 B. Alzheri Quad Doulf	26/02/24	266.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ONDE

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire
hémorroïdes-fissure-fistule
Diplômée de la faculté de médecine de casablanca
Membre de la société nationale
française de gastro-entérologie
Echographie-gastroscopie-coloscopie
Proctologie médicale et chirurgicale

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد-المعدة-المراة-الأمعاء
البواسير-أمراض المخرج
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
عضو بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
الشخص بالصدى الشخص بالمنظار
جراحة المخرج

Casablanca, le : 26/02/2024



Mme A trouvée le hassania

80.80

1/ dolicec 90 mg

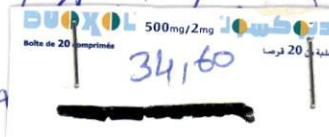
PPV: 80DH80

PER: 01/27

LOT: N218-1

34.60

2/ NCP émidol



52.30

3/ Neofort 160 mg

PPV 92DH30
EXP 09/2026
LOT 36028 2

4/

D R 1 en gel 100 mg

53.00

5/ NCP x 3 /g (100)

COOPER PHARMA
PPC: 59,00 DH