

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Coulier

Déclaration de Maladie : N° P19-0020773

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1602**

Société : **RAM MUPRAS**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **GHAZI MOHAMED** Date de naissance : **01/01/1943**

Adresse : **HAGEL Koudia N° 22 Gueliz MARRAKECH**

Tél. : **06.10.51.19.17** Total des frais engagés : **355.04 + 200 Dhs = 555 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29 NOV 2019**

Nom et prénom du malade : **GHAZI MOHAMED**

Age : **76 ans**

Lien de parenté : **✓ Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

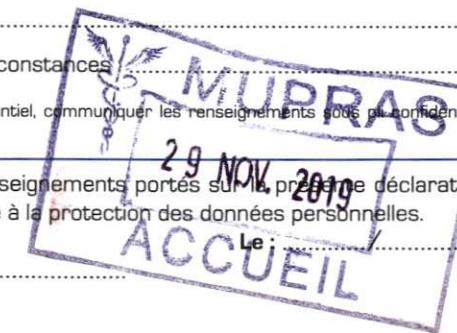
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : **MARRAKECH**

Signature de l'adhérent(e) : **GHAZI**

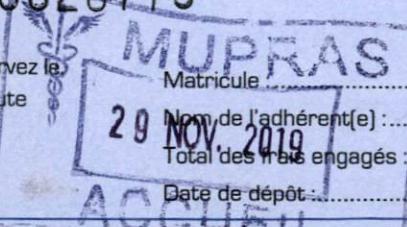


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020773

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).



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
20/11/2018	CS + ECO	200 DH		Dr. MOHAMED KHATTABI Spécialiste en Médecine Générale 113, Avenue ABDERRAHMANE SIDI MOURCID Imme EL Moudawine 21000 Tarrakech - Tel : 0524 25 00 70
CT				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 8 Bis, Avenue Abdellatif Ben Badis Sousse	20/11/19 092032691	355,02

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

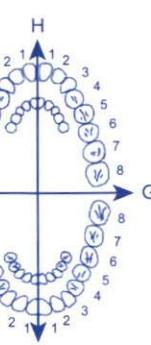
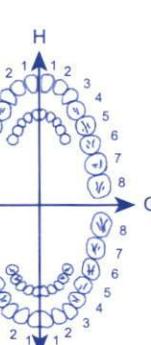
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

49,40

عيادة فحص
أمراض القلب

iqa MOHIB

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux - Echo Doppler Cardiaque
et Vasculaire - Holter



PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80

وارتفاع الضغط الدموي
الفحص بالصدى و الهولتير

Marrakech, le : 20/11/2012 مراكش في

MN GH Azz = Mohamed

Régime Pensali.

- 1) Amex Sme sep / 15.
49,40
- 2) SAFLU 250g
72,80
- 3) SAFLU 250g
18,10
- 4) Dr. Sphm x 2
18,10
- 5) DA sem sep / 15.
47,80

355,00



Dr. MOHIB Khadija

113 Av. Abdelkrim El Khattabi
Inn EL Mouhadiz - Tel : 05 24 00 19

SAFLU®
Propriété de la pharmacie

LOT: GB90239
PER: 1x 24
PPV: 185,00

Bien agiter avant chaque utilisation

Sanofi-aventis Maroc()

Route de Rabat -R P 1

Ain sebâa Casablanca

Vaxigrip inj b1 ser

0.5 ml

P.P.V : 72,80 DH



6110001 080748