

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ALLOD ALI / veuve ALOUTE Ali

Date de naissance : 1932

Adresse : 265 EL MASSIRA I Tanger

Tél. : 05 37 60 19 50 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

GHODDANE Karima
Médecin Généraliste
Av. Mly Ali Cherif, imm. 228
1er étage, apt. N°1-El Massira 1
Tél. : 05 37 40 23 23

Date de consultation : 26/01/2019 Médecin Généraliste imm. 228

Nom et prénom du malade : A. ALLOD ALI / veuve ALOUTE Ali Age :

Lien de parenté : Enfant Conjoint

Nature de la maladie : Bronchite Grippe

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 la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-025059

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				
des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	081115c	()	150,00	GHODDANE YOUSSEF Médecin Généraliste Av. Mly Ali Cherif, Imm. 223 1er étage, apt. N°1-El Massira Témara-Tél: 05 37 48 23 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

net du Pharmacien
du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

net et signature du toire et du Radiolo

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				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				

maphar
Zi Zentia, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V : 73,50 DH
611800118193

LOT : N15967
Exp : 07/2021



8 032578 479676

Gériatrie - Echographie - ECG

LOT 190298
2022/05
PPC : 89,50 DH

LOT 190315*
EXP 02 22
PPV 135,00 DH

الثدي
بالصدى



Le : 26/09/2019 /

Mme ALOUTE AICHA

KARDEGIC 75MG
SACHETS-8-30
P.P.V:30DH/70
LOT : 19E001
PER.: 10/2020



Titulat... : sanofi-aventis Maroc
611... : Ain Sebaâ 2025

1) CLORACEF 500

1 cp dispersible x 2 par jour x 6 jours apres repas

2) APIXOL SPRAY GORGE

1 app x3/j apres repas pd 6 j

3) FORLAX SACHET

1 s /j apres repas si besoin

4) KARDEGIC 75

1 sachet à mid (3 mois)

Rendez-vous le 26/09/2019 pour [XXXMOTIF_RDV]



شارع مولاي علي الشريف عمارة 228، الطابق الأول، شقة رقم 1، المسيرة 1 - تمارة
Avenue Moulay Ali Cherif, Imm 228, 1^{er} Etage, Appt N°1, El Massira 1 - Témara

Tél. : 05 37 40 23 23 Email : kghoddane@gmail.com - ICE : 001695396000063