

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4411

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELKHAMAR Med

Date de naissance :

31/12/60

Adresse :

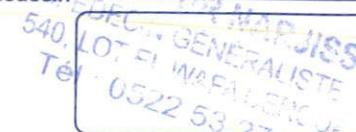
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/02/2020

Nom et prénom du malade :

Belkhamar Med

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ménorragie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :/...../.....

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009559

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 :

RELEVÉ 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
14/02/2020	18	1	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HAY AL MARZAH SARL AU Lot. Al Marzah, Imm2 Mag 1 INPE: 062088778 Tél: 05 22 51 51 84	10/10/2023	 PHARMACIE HAY AL MARZAH SARL AU Lot. Al Marzah, Imm2 Mag 1 INPE: 062088778 Tél: 05 22 51 51 84

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	

VIOLET ADHESIVE

* 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date : 16/02/2022

Nom : Belk Romar Nohomeb

T=231,30 T=

321,00

70

1d Diclo Reg

PHARMACIE HAY AL MANZAH
Lot. Al Manzah SARL AL
INPE: 062088778
Tel: 05 22 51 51 84

161,00 x 2

My - 2 yagis

20

+9 Vinaona a

PHARMACIE HAY AL MANZAH
Lot. Al Manzah SARL AL
INPE: 062088778
Tel: 05 22 51 51 84

1000

76,10

My - 02

PHARMACIE HAY AL MANZAH
Lot. Al Manzah SARL AL
INPE: 062088778
Tel: 05 22 51 51 84

corneregel

lif a 3

Corneregel Gel optha 10g

ZENITHPHARMA

AMM N° 89/15 DMP/21/NNP

ppv: 76,10 dhs

Vignette

LTMA01 / 49809E300/1-MA

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 50

الدكتورة فرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

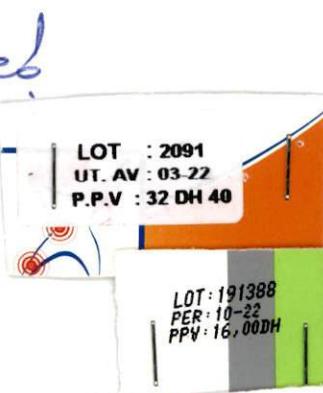
بالمراكز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب



LOT : 191388
PER : 10-22
PPV : 16,00DH

LOT : 3450
UT.AV : 06-22
PPV : 22,00DH

22,70

22,70

22,70