

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

25944

Déclaration de Maladie : N° P19-0003954

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3220

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bakrid Mustapha

Date de naissance : 1945

Adresse : Lot Sidi Abdellah Rue 40 N° 22 ouf la Cas

Tél. : 06 22 473 18

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/2020

Nom et prénom du malade : Bakrid Mustapha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dyslipidémie + 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 : 14-4-20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 14/4/2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0003954

M6DH

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/03 2020	9		200 Drs	 Dr. H. R. Chahal Médecine Générale Tandoorhi 71200

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL Ouley - Casablanca Tel. : 05 22 81 09 63 Tél. : 055 55 60 00 026	25/03/2022	916.00

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa – CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

IEE: 000500 45000026

EL Oulfa - Casablanca

Groupe K, Rue 154 N° 23/25

PHARMACE SOUFIANE

الدكتور الحرishi رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0527 19 43 96

Casablanca, le : 25/03/2020 : الدار البيضاء، في :

M

RAKpid

MUSTAPHA

09.00x3

Costar

14 03mrs

su, 10x3/49/2

CARDENASIEL

25mg

125, 60x3/49/2

BIPERIDOX

5/1,25

109/2

79.90

KIRMANAZ

100mg x 2/

916.00

PHARMACE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel. : 05 22 00 50 04
IEE: 000500 45000026

14 03mrs

14 03mrs

(184)

دكتور الحرishi رشيد
Dr. H. RICHI Rachid
Médecine Générale
195, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tel. : 05 27 19 43 96

LOT : 191898
UT AV : 12/2022
PPV:99,00 DH

LOT N°:

LOT : 191898
UT AV : 12/2022
PPV:99,00 DH

PPV (DH):

LOT : 191898
UT AV : 12/2022
PPV:99,00 DH

LOT N°:

PPV (DH):



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238

125,60

125,60

125,60

Lot: 190567
A consommer de
préférence avant le: 09/2024
PPC: 79,90 DH

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL OUDIA CASABLANCA
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026