

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 - Entrée 41, 6e étage, Avenue Hassan II, Casablanca 20000 - Tel : +212 22 20 10 18 / 06 10 01 / Fax : +212 22 28 19 944 - mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495292

SD: 87 431

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10 351 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIR Zitouni

Date de naissance :

01-01-1955

Adresse :

N° 113 Rue 20 ksar Bhar

C.D

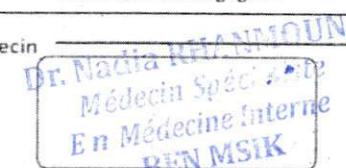
CASABLANCA

Tél. : 06.78.20.48.41

Total des frais engagés : 246,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/03/2020

Nom et prénom du malade :

CHAIR Zitouni

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Décolleté + TFA

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) :

03/03/2020

Le : 03/03/2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-495292

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 : 10 351

Nom de l'adhérent(e) : Zitouni

246,70 Dhs

Total des frais engagés : 246,70 Dhs

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
03/03/20	CS		6071	INP 081044610 Dr RHA Medecin Specia Interne

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE Dr BELA AL WIAM Bila II Rue 19 N° 15 CASA TEL: 02 22 38 50 22	23/09/00	116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Important:

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

		L'EXECUTION



Casablanca, le :

03/03/20

ORDONNANCE

Nom :

Prénom : Zitouni Chaim

6 Ventex 80

181

pd 3 mois

② Diamicron 60

2cp 1

PHARMACIE AL WIAM

Dr BELALAMI

Jamila II Rue 19 N° 15 CASA

TEL : 05 22 38 60 76

LOT : 5010
UT. AV : 09-22
PPV : 35 DH 00

LOT : 5010
UT. AV : 09-22
PPV : 35 DH 00

LOT : 5010
UT. AV : 09-22
PPV : 35 DH 00

(3) AD 0 1,8
35,00
x 1,4
45,40

181

Cachet et Signature

④ TORVA 10

pd 3 mois

⑤ Zfpinic 100 **15**
Offre 1-801' Rd 3 mois

PPV 46.70 DH

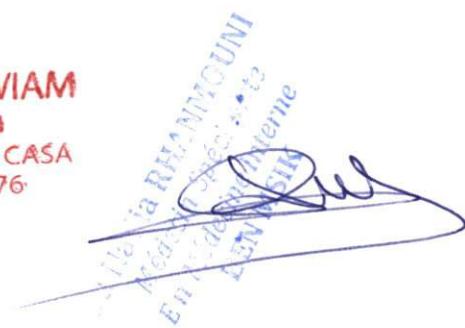
Bel do

PHARMACIE AL WIAM

Dr BELALAMI

Jamila 11 Rue 19 N° 15 CASA

TEL : 05 22 38 60 76



R.D V 3 mois

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Quittance

Reçu de M

SI TOUNSI

La somme de

N° 219103



NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
CHAIK	60000	
Total		60000

Cachet du Service

Le 03/03/20

Signature du
Régisseur