

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Personne 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.

Siège : 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- 0009461

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03711 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahab Date de naissance : 21.04.1951
 Adresse : 5 RUE DE L'HERAULT POUZEPARIS
 Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMMOU Abdelouahab

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/03/2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009461

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 : 3711
 Nom de l'adhérent(e) : HAMMOU
 Total des frais engagés : 129.300 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 Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADIA 141 rue lafayette 26100 Valence Téléphone : 04 75 22 28 55	23.03.20	129,30 dt

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches, with a central vertical line and arrows pointing to D, G, and B. The letter H is at the top center."/			

valable 3 mois

Le 29/01/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HAMMOU Abdellouahab

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois 07^{me} L'Infer Jerez

Dont ci-joint ordonnance : Triptazide 50 mg NFT

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 mg NFT AT

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

DR BELAMINE Fatima
Médecin Généraliste
55, Boulevard Jouâne Salmia II
Sidi Othmane - Tél. : 0522 38 56 23

PHARMACIE NADOR
LAHLOU ABDELALI
3 RUE DE L'HERAULT POLO CASA
CASABLANCA
Taxe Profes. N°: 33500003

N° R.C. : 366307 N° CNSS: 2068329
N° ID.F. : 20719901 N° ICE 001837763000070
Tel : 022280576

Fax

HAMMOU ABDELOUAHED

I.C.E. :

Le : 23/03/2020

FACTURE N°: 5265/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21,80	7	21,80
1	TRITAZIDE 5 MG/25MG/28 CP	107,50		107,50
TVA 7%:		1.43	Total :	
				129,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

PHARMACIE NADOR
LAHLOU ABDELALI
3, Rue l'Herault Av. Nadir-Pole
Casablanca. Tel: 0522 28 05 76

