

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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

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.

UPRAS : 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° P19-0034630

N°
33106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7259 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAÏSSI EL ARBI

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : LOT WAFA A.N. N° 272 H DEROUT

Tél. : 06 66 81 69 55 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

HAFLIANI Mohamea
Chirurgien - Urologie
Place de la Préfecture
Avenue 10, Mars Sidi Othmane
Tél : 022.596.006 - CASA

Date de consultation : 19/07/2020

Nom et prénom du malade : Nefissa Khladiya Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : Kyste Renal

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 : DEROUT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/06/2020



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-034630

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 : 7259

Nom de l'adhérent(e) : RAÏSSI

Total des frais engagés : 500 Dhs

Date de dépôt : 11/06/2020

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
29/01/20	Chirurgie			

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 PATZ 2000	01 JUIN 2000	P450	500 DH

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 d'explorations.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **NEJMI Khadija**

FACTURE N° : 20/0695

DATE : 01/06/2020

Désignation	Cotation	Montant
Kyste	450P	500,00

Total Cotation	Total Montant
	500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS



PAYÉ EN ESPÈCES



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Date : 25/05/20

20H0665

Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Mme NEJMI KHADIJA

Né le : 28/11/1961

Nom & Prénom :



CAB20E29084708

Age :

59

Examen demandé par le Dr.

D. HAFIAMI

Nature du prélèvement :

Kyste Renal

Renseignements cliniques / antécédents :



59,Bd Rahal El Meskini 3^é étage Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02

Email : patholab6@hotmail.fr

AFIANI Mohamed
Chirurgien - Urologue
Place de la Préfecture
avenue 20 Mars Sidi Othmane
10243 Casablanca

Cachet et Signature :