

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER 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.

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.

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 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1146 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ouhmi Maha

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : 16 Rue Sallam bay El Hmeida A Berchid

Tél. : 06.11.89.77.51 Total des frais engagés : 89.8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.06.2010

Nom et prénom du malade : Ouhmi Maha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DNI D + HTA + Cysto-urinaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : lou

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-044188

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 : 1146

Nom de l'adhérent(e) : Maha

Total des frais engagés : 89.8

Date de dépôt :

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044188

ND : 33357

Optique

Autres

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
17/06/2020	1C	xx	150 DH	Dr. Sounia GHAMAI Médecine Générale Société Marocaine d'Endocrinologie et de Médecine Interne Signature : Dr. Sounia GHAMAI Date : 17/06/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE BERRECHID Ima MARRAKCHI PHARMACIENNE 93 Bd Mohamed V Berrechid Tél : 05 22 32 40 68	17/06/2020	748,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

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 cérébrales, ainsi que le bilan

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Echographie Générale

Dr. Soumia Ghamraoui
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - Berrechid, le.....
Tél. : 05 22 33 65 99

دكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

17/06/2020

54 568

4 x 89.00 OUHMI Mahj

1) Diamicron 30 g

1 cpt/j le mahi a jen

8 x 19.90 traitement de 04 mois

2) Metformine win 1000 (8B)

1 cp x 2/j

2 x 71.00 traitement de

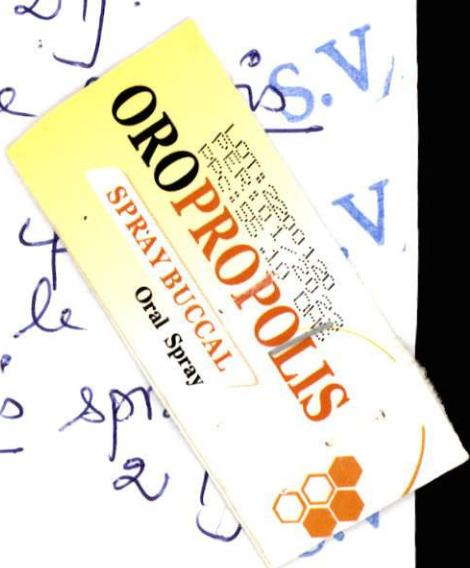
3) Aténor 100 mg

1 cpt/j le

55.10 x 2

4) Oropropolis spr.

1 app x



70

5) PHARMACIE
MARRAKCHI BERRECHID

Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE
93 Bd Mohamed V Berrechid

Tél: 05 22 32 40 68

PHARMACIE BERRECHID
Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE
93 Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 32 40 68

5) Tobriadex. Collyre S.V
gèle / eel x . 2f-7y

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech BERRECHID
Tél.: 05 22 33 65 99

