

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-479091

ND: 34004

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2020	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ASSIDDIKI MOHAMMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 1950			
Adresse : Lot Malay thame Rue 3 N°25 OULFA CASA			
Tél. : 0699509596	Total des frais engagés : 200 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11 MARS 2020			
Nom et prénom du malade : Ijje Abdellaz			
Age: 60			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Bronchite aig			
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 : 11/03/2020			
Signature de l'adhérent(e) :			

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
14 MAI 2020	C	1	8000	INP : 710983723 Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SCICOR Pharmacie EQUATORIA MEDICAL P. ZINAH SANAQAT T. 0522 91 00 00 072081516 91	14.03.2020	120,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	1 M	1 V		

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél : 06 69 43 12 83

14 MARS 2020

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

الهاتف : 06 69 43 12 83

Ijja Abdolah.

27/20

Aspergill 500

153/4

Société Pharmacie
El GHAZOUA MOULAY DOUR
Dr. Zineb ASSA 1417191
Tel. 0524 22470661417191

34/60

longomycin 100

1421.10

31/20

Bronchitrol

2289 ~

27/20

Ufomine 60

20/20

1829

Dr. Zineb ASSA
Bd. Al Massira
Tel. 069 13 12 83

ASPEGIC 500MG
SACHETS B20
P.P.V : 27DH20
LOT : 19E006
PER : 12/2021
6 118000 061090

BRONCHATHIOL® ADULTE
Carbocisteine 5%
Solution Buvable 150 ml



6 118000 040132

BRC
Carbocisteine

6 118000 040132

V 310180
PPV 07/22
LOT 118006
31,80

ADULTE

Vita C 1000®

PPV 27DH70 EXP 11/2022
LOT 99036 3



longamycine® 100
Doxycycline

10 comprimés

6 118000 040507

V 340180
PPV 11/20
LOT 42446

34,60