

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-439096

35770

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (s)

Matricule : 05936

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMAR HASSAN

Date de naissance : 14/09/64

Adresse : HAY MO ABDELLAH RUE 229 NR 4c CAPA

Tél. 0661403847

Total des frais engagés : 1313,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 Le : 05/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

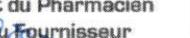
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CHALET Rue 225A MONTREUIL SUR MER Tél : 05 22 32 25 82	19.05.2023	1313,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mlle = 05936

 valable 3 mois

Le 19/10/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr Amele EL Amraoui

Certifie que Mlle, Mme, M.R.

Ayoub Hamou

Présente

HTA + Diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

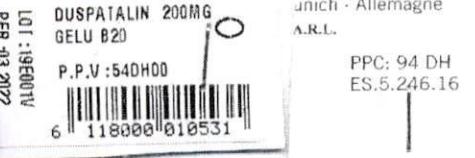
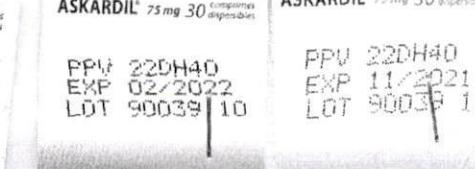
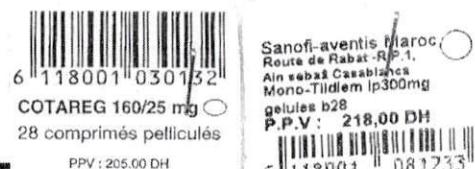
PHARMACIE CHAAB

RUE 22017 BP 21330

Mly Abdellah, Ain Seba Casablanca

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

PHARMACIE CHAAB
RUE 22017 BP 21330
Mly Abdellah, Ain Seba CasablancaDU SPATALIN 200MG
ASKARDIL 75 mg 30 comprimésPPV 220H40
EXP 02/2022
LOT 90039 14DU SPATALIN 200MG
ASKARDIL 75 mg 30 comprimésPPV 220H40
EXP 02/2022
LOT 90039 14T. A.
OTunich - Allemagne
A.R.L.PPC: 94 DH
ES.5.246.16



PHARMACIE CHaab

BABA HABIBA

FACTURE

Page 1
of 1

N° FACTURE :105341

Date :05/08/2020

Client :

MR AYOUJ HASSAN

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
COTAREG 160/25 MG 28 COMP	3	205.00	615.00
MONO TILDIEM LP 300 MG GELULES	3	218.00	654.00
ASKARDIL 75 COMP DISP	2	22.40	44.80

Total TTC = 1313.80

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE TROIS CENT-TREIZE DHS 80 CTS

Bon rétablissement