

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016154

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **605**

Société : **Retraite RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL ADDALI Thami**, Date de naissance : **01/01/1947**

Adresse : **BLOC H N° 116 lot. Haouzia Kénitra**

Tél. : **0664234684**, Total des frais engagés : **815,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Jamat MANJAOUT
Chirurgien
Traumatologue - Orthopédiste
80. Av Med Diouri Appt n°d
Tel. 05 37 36 11 08 - Kénitra

Date de consultation : **08/07/2019**

Nom et prénom du malade : **HADRI NAJIA**, Age : **71 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **go maladie ghe pas d'accident**

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 : **Kénitra**

Le : **08/07/2019**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVÉ 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
08-07-19	C2		250,00	Dr. Jamal M. Chirurgien Traumatologue et Orthopédiste 80. Av Med. Diour. App. n° 6 50. 05 31 36 11 08 - Kenitra
42				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

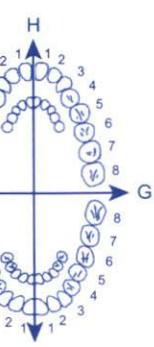
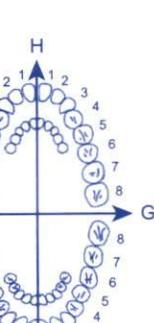
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jamal MANJAOUI
Chirurgien
Traumatologue - Orthopédiste

*Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien chirurgien à l'hôpital militaire Med V de Rabat*



الدكتور جمال منجاوي
جراح
اختصاصي في جراحة العظام والمناظر
داخلي سابق مستشفى باريس
جراح سابق المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

جراحة الكسور والروماتيزم • جراحة اليد والرجل • المفاصل الا صطناعية والراحنة بالمنظار
Chirurgie des fractures et de rhumatisme • Chirurgie de la main et du pied • Chirurgie prothétique et arthroscopique

Kénitra, le ٢١/٢٩ القنيطرة، في

LOT: 18312
PER: 09-2021
PPU: 52,80 DH

PPW : 169DH00
LOR : 06/21
LOR : H646-1

PER:110 2021
LOT: 6MA106

RECDL 500MG2MG
CP B2
P.P. 53DH10
6 1 300001060833

HAGUE MAZDA

Maphar
 Km 10, Route Catière 111,
 Gizi Zenata Ain seba Casablanca
 Seroplex 10mg CP sec b28
P.P.V : 240,00 DH


Antler 28 (the 14) (15)

169, 2.

451

2

Dali 60x 90

58, 63

1681

3

Prinzipfest
53.12.1988 SE SE LE SE 14.12.1988

200

12 MG
⊗ 64 Relaxol 1975 08/07/19
guo, ④ ⑤ Seroplex 06 61 24 86 24 05 37 36 11 08

06 61 24 86 24 - 05 37 36 11 08 - Urgence : 06 61 24 86 24 - مجمع سعد الدين سيفوري رقم 10، فوق مقهى موناليزا، الفنيدرية - الهاتف : 05 37 36 11 08 - Kénitra - Tel : 05 37 36 11 08 - Urgence : 06 61 24 86 24

80, Avenue Mohamed Diouri N° 10, (Au dessus du café Monansa), Kénitra - Tel. : 05 37 36 11 33 - 05 37 36 11 34

80, Avenue Mohamed Diouri N° 10, (Au dessus du café Monansa), Kénitra - Tel. : 05 37 36 11 33 - 05 37 36 11 34