

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

- 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.

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° W19-461623

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 04892	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENNAZI DOURBI G. JAMAL			
Date de naissance : 11.04.1957			
Adresse : Riyad JADOURI N° 18 TARGA RAK			
Tél. : 06 61 58 85 10	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 23 SEPT 2019	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Age: <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Branchio-furé prothlème	
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 : **Maroc** le **23 SEPT 2019**

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
23 SEPT 2019		20 00		INP : 0710390115 Dr. M'hamed CHABI Echographie Expert Assermenté 74, Place Bab Taghzout Perlech 101 05 24 38 35 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Iham DURAS Pharmacie Boulevard Hassan II Marrakech Tel/Fax : 05 24 49 02 37	23/09/19	439,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of lower teeth with numbered 1-8 and letters A-H indicating specific teeth				

Docteur Mohamed CHABI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie
Faculté de Médecine de Montpellier
Assermenté, Expert auprès
des Tribunaux

Marrakech le

23 SEPT 2019

الدكتور محمد الشابي
طب العام
وم في الفحص بالصدى الصوتي
كلية الطب بمونتريال
خبير ملحق لدى المحاكم

200 \$,00

Quar ch lych Rajec

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg -cp 100 b7
P.P.V. : 205,00 DH

6 118001 080830

Produit autorisé / Authorized medicine n°4139

24,40

¹⁰ — Copernicus Pol Sy

ADU
LOT 190641
EXP 03.22
PPV 24.40 DH
rippaux

1670

- Taylor il Sy

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70

137.00

Bacilac

三

1961
-Salem Hospital Dr. F. E. Echogard
ET VOIE
INJECTION
enables
Jaline
CARDE

**MODE ET VOIE
D'ADMINISTRATION**
Voies injectables
intraveineuse;
intramusculaire.
MISSES EN GARDE
SPECIALES

ملاحظة هذا المطابق ينبع من ملحوظات
وتحتاج إلى التأكيد في المنشآت
٢- **الشقة** ملحوظة قبل إدخالها

١٦٩١٥
١٧٠٣١٩
١٨٥٠١
٥٧٤

باب تاغزوت - مراكش - الهاتف : 05 24 38 05 79 - 74, Place Bab Taghzout - Marrakech - Tél.: 05 24 38 05 79

E-mail : chabi-dr@hotmail.com