

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-474358

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 293	Société : ROYAL AIR MAROC RETRAITE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : A2i2 ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : N° 56 Rue Nesk ELLIL E HAJ ARAHA CASA			
Tél. : Total des frais engagés : 1500,00 DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 19/10/19			
Nom et prénom du malade : A2i2 Nbarke			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
HTA			
Nature de la maladie : dyspepsie			
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			
Signature de l'adhérent(e) : 293			

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-474358

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 : 293
Nom de l'adhérent(e) : A2i2
Total des frais engagés : 1500,00 DHS
Date de dépôt : 30/10/2019

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
13/10/13	CS e EIS	300 Sh.		INF : 09/10/13 Signature : Dr. Mohamed DIA Date : 09/10/13 Signature : Dr. Mohamed DIA Date : 09/10/13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/2019	1245,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de
d'Explorations Co.
Docteur CHAMI M
Spécialiste diplômé de
Médecine de Bruxelles
CAK

PPV: 43DH00
EXP: 01/21
PPV: 43DH00
EXP: 01/21
PPV: 43DH00
PER: 04/21
LOT: 1955



عيادة تشخيص واستشارة
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي
أخصائي في أمراض القلب والشرايين
جناح بكلية الطب ببروكليل

Casablanca, le..... 19/10/19

1^{er} Argix Albansa

43,00 x 3

1) Analges 14/15/16
162,60 x 3

2) Nebulet 14/15/16

110,80/15/16
Email: amarsharif75@gmail.com
Tél: 05 25 15 16
N°162, 1er étage Casablanca

3) Aldasone 75 14/15/16

92,60 x 2

4) ineacon 14/15/16

tit 3 min

1245,20

Dr Mohamed CHAMI
GSP: 06.05.2008
Tél: 05 25 15 16
Email: amarsharif75@gmail.com
N°162, 1er étage Casablanca



P.P.V: 110DH80
LOT: B22140
EXP: 04.2021

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al souq am roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Opc GR
Boite 14
84015DMP/21/NRQ P.P.V: 92,60 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al souq am roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Opc GR
Boite 14
84015DMP/21/NRQ P.P.V: 92,60 DH
6 118001 020591

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

