

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° M21- 064303 ^{acc}

199441

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3651 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Noho Mohammed

Date de naissance : 03-03-1958

Adresse : Hay Salam Avn Imam Boukhari Psg 6 N° 6 Mdq

Tél. 0639823722 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

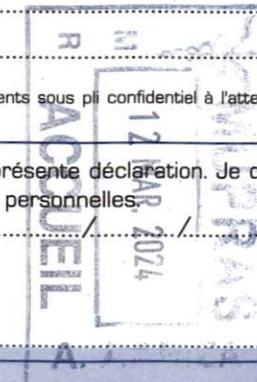
En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-64303

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 3651

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 2/11

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/03/2019	20	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Devis
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	
	44	D	Df08	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	44	D	Df00	
	43	D	Df00	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2 200 Dh"/>
	33	D	DT	DEBUT D'EXECUTION <input checked="" type="checkbox"/>
	21	D		
				FIN D'EXECUTION <input checked="" type="checkbox"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VOLET ADHERENT

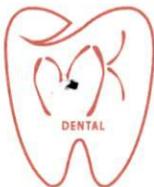
80848

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Devis
الدكتورة ماجدة العمري
طبيبة أسنان
Dr. Majda Elaoumari
Médecin Dentiste



ORDONNANCE

تطوان في : 06/03/24 Le : Tétouan

Mohamed Moha

Demande de Rx

pancreatique

DR. BENATTAR OU BENAISSA
Régénéraliste
Av. Hassan II N°74-Tétouan

الدكتورة ماجدة العمري
طبيبة أسنان
Dr. Majda Elaoumari
Médecin Dentiste
Tél: 05 39 70 22 77



Unité D'imagerie Médicale

SCANNER - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE - MAMMOGRAPHIE

PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE

Tétouan le, 06/03/2024

Nom du patient : MOHAMMED MOHO
Examen demandé : PANORAMIQUE
Médecin traitant : DR. M. EL AOUMARI

COMPTE-RENDU

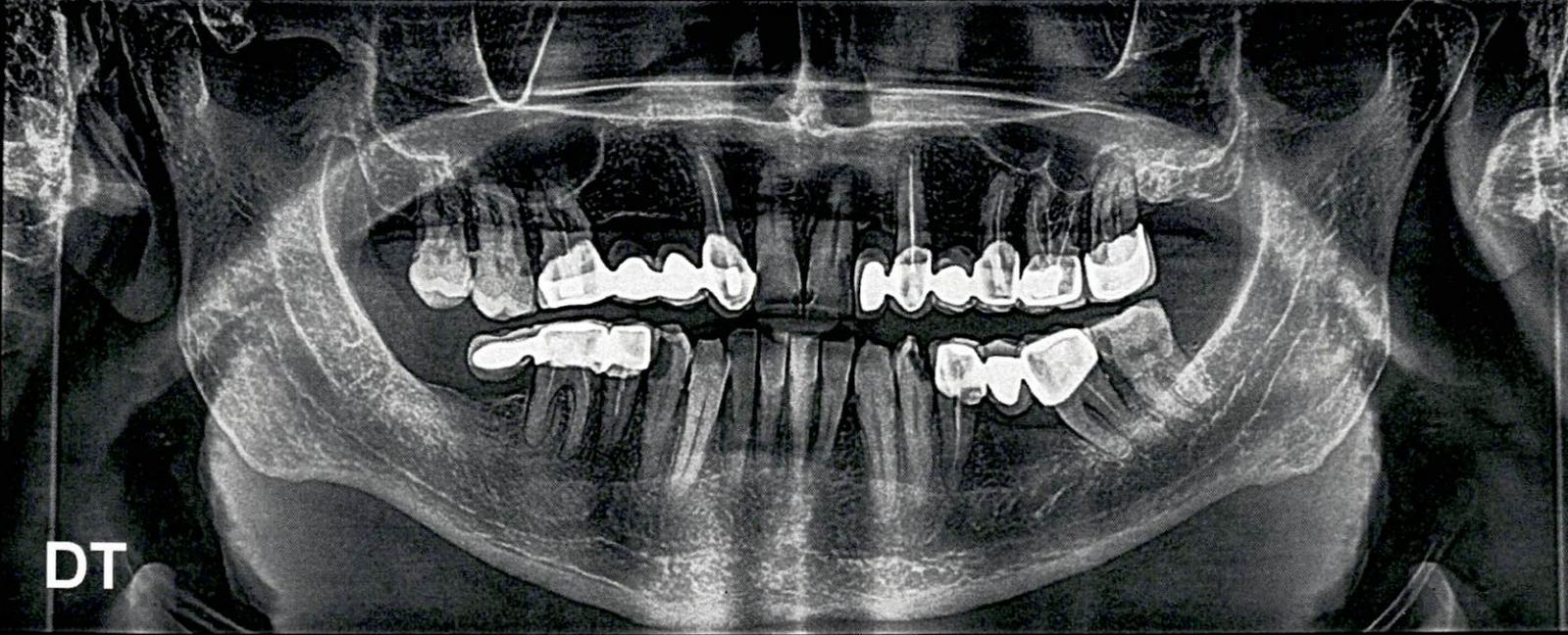
Cher (e) confrère ou consœur,

Tout en vous témoignant la confiance que vous nous procurez,
je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous le compte rendu demandé

44, 43, 33 et 21 traitées

CONFIRMATION
Dr. B. BEN ATTABOU
RADIOLOGUE

TAILLE REELLE



DT

Obturateur rectangulaire

WW 4083

WC 2051

DR. BENATTABOU BEN AISSA
 DE
 OLIMIA ALNAKHL
 Av. Hassan II N°74, Tétouan

