

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.

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.

Prothétique :

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 caractére 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

Nº P19- 051443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cochez

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191

22575

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdelaziz RAKI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05.21.31.87.89

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 :

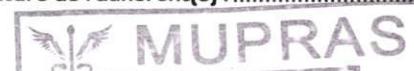
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

26 FEV 2020

Déclaration de maladie N° P19- 051443

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Signature du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
Signature de l'adhérent					
VOLET ADHERENT		NOM : RAKI			
DECLARATION N°		W18-382393			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
24/02/20	250 + 149,05-				
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom ABDELAZIZ RAKI		
Fonction Retraite	Phones 05243 128 89	
Mail Jemmarikhaliel1@gmail.com		

MEDECIN	Prénom du patient M. RAKI		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 80 ans
Nature de la maladie Acrophene + Hypoacune bilatérale		Date 1ère visite 10-01-20	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
b	U	250 -

PHARMACIE	Date 10/02/2020
Montant de la facture 149,05	

PHARMACIE MANISS
Dr. BOUGHABA Habib
N° 12 Merstane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

CACHET

Docteur El Yacoubi Abdelaziz

Spécialiste O.R.L.
Oreilles, Nez, Gorge

diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور اليعقوبي عبد العزيز

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن
و الأنف والحنجرة

خريج كلية الطب بباريس

Marrakech, le : 10.01.2020 في

71,30

Mr RAKI Abdelaziz

1 TANAKAN 40 mg cp enr : B/30

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

2 TRIVIMAG CP EFFERVESCENT

Prendre 1 comprimé par jour.



Dr EL YACOUBI Abdelaziz



PHARMACIE MANISS
Dr. BOUGHABA Habib
N° 12 Mestane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

Rendez-vous le :

المركب المعماري والتجاري الأحباس - مدخل رقم 6 - عبادة رقم 3 «شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش
Complexe Commercial AL Ahbas , n° 6 / 3 Av. Allal El Fassi Daoudi - Marrakech

الهاتف / الفاكس : azyacorl@yahoo.fr - Tél/Fax : 05 24 33 07 87