

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.

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 canaux, 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 canaux.

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- 051443

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société : 22575

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Comier*

Nom & Prénom : Abdelaziz RAKI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 26 31 28 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 :

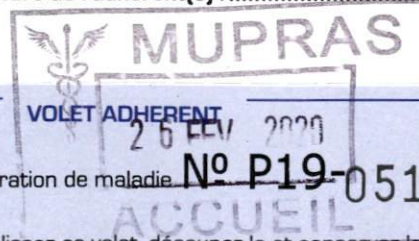
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins
	H D 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G			Date du devis
	(Création, Remont, adjonction)			Fin de
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Signature du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	---

VOLET ADHERENT	NOM : <u>RAKI</u>	Mle <u>1191</u>
DECLARATION N°	W18-382393	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>24/02/20</u>	<u>250 + 149,05 =</u>	
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		



W18-382393

DATE DE DEPOT

14.02.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <u>ABDELAZIZ RAKI</u>		
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>05243.128.89</u>	
Mail <u>Jemmarikhalid1@gmail.com</u>		
MEDECIN		Prénom du patient <u>Y. RAKI Abdelaziz</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>80 ans</u>	Date <u>10-01-20</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Acrophorie + Hypoacousie bilatérale</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>1</u>	<u>5</u>	<u>959,-</u>
PHARMACIE		Date <u>10/01/20</u>
Montant de la facture		
<u>149,05</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	
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
والأنف والحنجرة

خريج كلية الطب بباريس

Marrakech, le : 10.01.2020 في

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 Merstane 3
Amerchich - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27

Rendez-vous le :

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

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