

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.

Maladie chronique :

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

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- 047160

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Courrier ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11678 Société : 25071

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BACHIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 ☒ Courrier ☐ 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047160

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.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)	Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Fin de											

VOLET ADHERENT NOM : ERRAJI EL BACHIR Mle 11676

DECLARATION N° W16-054156

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
<u>03/01/2020</u>	<u>700,5 dhs</u>	<u>Ordonnances + prospectus</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



W16-054156

DATE DE DEPOT

03/01/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 11676

Nom & Prénom ERRAJI EL BACHIR

Fonction : DCS ADM Phones 0664418240

Mail eerraji@royalairmaroc.com

MEDECIN Prénom du patient EL BACHIR

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 18 Date 18/01/2020

Nature de la maladie - pneumonie Bactérienne -

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

Nature des actes G Nbre de Coefficient 200.00 DKS

Montant détaillé des honoraires 200.00 DKS

PHARMACIE Date 18/01/20

Montant de la facture 491,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 18/01/20

Désignation des Coefficients 69 p 5

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : 18/01/20

Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
95, Av. Qued Janssi Cité El Oufi
asa - Tél : 05 22 21 00 23

091076893

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

الدكتور الحريشي رشيد

الطب العام

295, شارع وادي تانسيفت (24, مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف: 0527 19 43 96

Casablanca, le :

18/01/2020

EL BACHIR ERRAJ

Repos Stricte pdt 3j

① ZIVLOX 400mg

19650 1cp/j pdt 5j

② MAXICLAV 1000mg

15310 1st x 3/j pdt 8j

③ PREPNI 20

6705 1cp/j le matin pdt 5j

④ DRILL toux sèche ou

3400 1ca 5 x 3/j pdt 7j

⑤ CLATREL

4015 1cp x 2/j pdt 7j

TEL : 06 20 52 32 32

Doc-Vox (184)
1 cas x 31

Rdv dans 5 jours
pour contrôle

S.V

دكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
5, Av. Oued Tensift Cité El Oufi
asa - Tél: 206 27 19 43 96

LOT N°:
UT. AV:
PPV:
42.00

212060.0008 L. 9
LOT : 5177
UT. AV : 09-22
P.P.V : 32 DH 00

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oufi
Casablanca - T

PPV: 153DH10
PER: 07-21
LOT: 11588

TOUDEX Mauve - Cassis
6 111255 810413
LOT 055283/FC5
08/2022 PPG 67.90

Zivlox 400 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique
LOT: M0182
PER: 02/2021
PPV: 196.50 DH
6 118000 410041

Docivox
Sirop naturel
AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)
• Apaise et dégage les voies respiratoires
• Adoucit la gorge irritée en cas de toux
• Renforce les défenses naturelles
SANS CONSERVATEUR
LOT: 190306
PER: 07/2022
PPV: 69.00 DH
200 ml
DOC200ML021018