

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° W19-443115

86972

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4884	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAAROUFI, Fouad			
Date de naissance : 21.01.1940			
Adresse : Bp 5933 Poste Harkouwa. Harkouwa			
Tél. : 061-4703521	Total des frais engagés : 703,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
ISAAF MEDECINS Urgence Médicale 3, Groupe Albeoutoukal Av. Mohamed Bel Hassan El Ouazzani, Takadoum, Rabat - 12 Tel. : 0537 657 657 ICE : 002020290000023 16.02.2020			
Date de consultation : 16.02.2020 Nom et prénom du malade : MAAROUFI, Fouad Age : 80 Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Blessure cephaliq[ue] 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 : **RF** Le : **16.02.2020**
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-443115
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 : 4884	Nom de l'adhérent(e) : F. MAAROUFI
Total des frais engagés : 703,00	Date de dépôt :

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
16/02/2020	Urgence Médicale	1	500 Dhs	SNAF MEDECINS Urgence Médicale Groupe Albourtoukal Av. Mohamed Bel Hassan El Ouazzani, Takaououn Rabat 10000 Tél: 033 657 86 ICE: 0002020290000023
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. SIEHAR H. A Dr. Ahmed SHAIKH Mobile: 12024 Hifza Email: Shaihmed@hotmail.com</i>	<i>17/4/20</i>	<i>203,00</i>

ANALYSES - RADIographies			
Cahier et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15 Rue Tél: 03			

— 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 HONORAIRE							
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins							
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.							
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES				INP : <input type="text"/>			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX			
				MONTANTS DES SOINS			
				DEBUT D'EXECUTION			
				FIN D'EXECUTION			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
H 25533412 21433562 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00100000 35533411 11433553 B							
(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, necessaire a la profession							
COEFFICIENT DES TRAVAUX							
MONTANTS DES SOINS							
DATE DU DEVIS							
DATE DE L'EXECUTION							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							

Pharmacie Harhoura

Dr.SBIAA MOHAMMED

0537741250

15 RUE DAR ESSALAM GUY VILLE, HARHOURA TEMARA



Facture N° FAC-27250

Date : 17/02/2020

MR MAAROUFI FOUAD

Maroc

22,00

Produit	Qté.	P.U	Total
BD MICROFINE SERINGUE 1ML	1	3,00	3,00
SAT ANTITOXINE TETANIQUE PASTEUR VA 1500UI 1ML VACCIN	1	29,00	29,00
CEDOL CO 400/20MG B20 COMP	1	22,00	22,00
DERMASEPT SPRAY ANTISEPTIQUE 125ML	1	99,00	99,00
ASTAPH CO 500MG B12 COMP PM	1	50,00	50,00

Lot : 705
À consommer de préférence avant le : 09/2022

RPC : 99,00 DH

50,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	203,00 DHS
Total	203,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent trois DHS

PHARMACIE HARHOURA
Dr. Sbiaa Mohammed S8/44
15 Rue Dar ESSALAM Guy Ville 12024 HARHOURA
Tél: 0537741250 E-mail: sbiamed@hotmail.com

IF : 32800750 N° : 89016 ICE : 001539343000008
Tel : 0537741250

Adresse : 15 RUE DAR ESSALAM GUY VILLE, HARHOURA TEMARA

Service mobile d'urgence et de réanimation



Au Service des Patients

ORDONNANCE ISAAF MEDECINS

LA Assistance Médicale

Tél: 0537.657.657

NOM : Dr. Maamouf

PRENOM : Fouad

→ 16/02/2020

Mr Maamouf Fouad

Ⓐ Astrophil spray
02 exp 02/03/2020 perte de 03 jours

Ⓑ Cetol
02 exp 03/03/2020 perte de 03 jours

Ⓒ Dermosept spray
02 exp 03/03/2020 puis 1 fois 12 jours pour 08 jours



Ⓓ SAT (ISAAF MEDECINS) suivi pour Assistance Médicale Tél: 0537.657.657 Dr. ...
A revoir si complainte

Seige Social: 3 Groupe Al Bourtoukal | Avenue Mohamed BelHassan El Ouazzani
Takaddoum | Rabat

FIXE : 0537.657.657 | FLOTTE: 0700.157.147

Email: issafmedecins@gmail.com | Siteweb: www.issafmedecins.com