

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

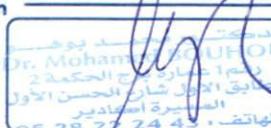
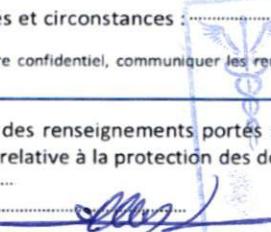


Déclaration de Maladie

N° W19-536910

32499 Cruey

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1346	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Al AHYANE Ahmed
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 01 - 01 - 1949			
Adresse : WAFAZ, IMM 25 AP 57, OULFA, CASABLANCA			
Tél. : 06 62 8125 82	Total des frais engagés : 687,80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Mohamed AL AHYANE رقم ٢٥٣٦٩١٠ المكتب رقم ٢٥٣ الطابق الأول شارع الحسن الأول الموصي بالدكتور ٥٥ ٢٢ ٢٠ ٤٥ الهاتف : ٥٥ ٢٢ ٢٠ ٤٥ </div>			
Date de consultation : 24/06/2020 Nom et prénom du malade : ALAHYANE Ahmed Age: 71 ans Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Géostrophie bilatérale médiane			
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 : Agadir Signature de l'adhérent(e) :  Le : 24/06/2020			

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-536910
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 : 1346	Nom de l'adhérent(e) : ALAHYANE
Total des frais engagés : 687,80	Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2010	CS		UR 2000	INP : 0411153626 الدكتور Dr. M. BOUHOU رقم تصريح المزاولة الطبية 0411153626 الميسورة امدادات 05 3626
2010				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. KI Ahmed -Ammar N°10-Ear Bouargane DK Tel 35 28 23 32 79	24/06/20	487.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		Coefficient des travaux Montants des soins Date du devis Date de l'exécution
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BOUHOU Mohamed

Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique
Diplômé de la faculté de médecine Paris ouest

دکتور محمد بوهو

مماضي في جراحة العظام والمفاصل خريج كلية الطب بباريس الغربية

ORDONNANCE

Le, 24/6/20

Mrs. ALAIA XANE Ahmed

120.00 x 3

vitamin D.



1 gel / \downarrow x 3 mois

$$42,60 \times 3$$

af mørk 7,5 mg



Leptij niger \times 3mfr

487.80

7.80

فتنة 20 August

RIZK' Ahmed - Pharmacie

El Khatt N°180 Erac Bourgane

JADIR Tel : 05 23 23 32 79

الدكتور محمد بن يوسف
Dr. Mohamed BEN YOUSSEF
رقم ١٣٦٣٣٣٣٣٣٣
الخطابة
جامعة الحسين الأول
المسيرة
كادير
الهاتف: ٤٣ ٢٤ ٢٢ ٢٨ ٥

VITAFLEX®

N° DE LOT / BATCH N° :

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :

À CONSUMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :

PPC -120.00 dhs



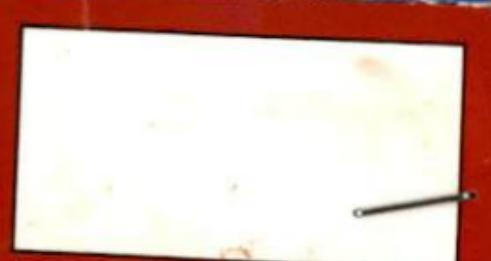
VITAFLEX®

N° DE LOT / BATCH N° :

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :

À CONSUMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :

PPC -120.00 dhs



VITAFLEX®

N° DE LOT / BATCH N° :

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :

À CONSUMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :

PPC -120.00 dhs



7,5 mg
Mobic®

7,5 mg
Mobic®

7,5 mg
Mobic®

14 comprimés

14 comprimés

14 comprimés

Unitément sur ordonnance

Unitément sur ordonne

meloxicam

meloxicam

meloxicam

PPV: 42DH60
PER: 11/22
LOT: I2541

PPV: 42DH60
PER: 07/22
LOT: I1800

4 2 D H 6 0
1 0 / 2 1
H 2 2 1 B