

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W19-454104

43966 CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13069			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELNAFIKI Mohamed Rayane			
Date de naissance : 18/05/1993			
Adresse : Villa 116 ; Villa Anfa 3 Dar Bouazza			
Tél. : 0663158631 Total des frais engagés : 378 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Xavier MEON Médecine Générale 24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza Casablanca - Tél : 0522 96 10 87			
Date de consultation : 29.09.2020 OCT. 2019			
Nom et prénom du malade : ELNAFIKI Mohamed RAYANE Age : 18.05.1985			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : pharyngite			
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.			
Signature de l'adhérent(e) : ELNAFIKI Mohamed RAYANE 15 ULI. 2020			

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : ELNAFIKI Mohamed RAYANE

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-454104

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 :

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
29.09.20	Consultation	1	150DH	INP : 091240218 Dr. Xavier MEON Médecine Générale 24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. EL HAFID Hayat Pharmacie BELAIR Lotissement AL ALYA, N°46 - Dar BOUZZA Tél : 0522 96 59 83 - Casablanca	29/09/2020	228,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in				

Dr Xavier MEON

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux



الدكتور كراشي ميون

طب عام

خريج كلية الطب بيوردو

**M. ELWAFIKI Mohamed
Rayane**

CASABLANCA, le :

29/09/2020

Ordonnance

ZITHROMAX 500 mg (Azithromycine) :
1 cp le matin avec le repas pendant 3 jours



DOLIPRANE 1 g Comprimé sécable :
1 comp. 3 fois par jour

UT.AV.: 0 0 2 2 1

P.P.V.

LOT N°: 1290232

79,70

09366030/4

OTRIVINE 0,05%, Gouttes nasales :
1 pulvérisation si obstruction nasale



24, Lotissement EL A
Casablanca - Té
Dr. XAVIER MEON
Médecine
24, Lotissement EL A
Casablanca - Té
Tél : 05 22 96 10 87

Docteur Xavier MEON

**Dr. Xavier
MEON**

Médecine
24, Lotissement EL A
Casablanca - Té



6 118000 040972



6 118000 220138

24, Lotissement El Ansari, Dar Bouazza, Casablanca

Tél : 05 22 96 10 87

البيضاء

IF : 37599555 - INPE : 091240218 - Patente : 32961156 - ICE : 00250