

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ééducation :

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.

entaire :

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

- Reclamation : 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

49234

Déclaration de Maladie : N° P19-0003160

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8192** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **EDDIEKA AYAD AHMED** 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 :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **otomycose** Age :
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 **16/07/20**
Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0003160

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 : **8192**
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :**548,70**

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
16/07/2015			300 DH	1001 66 5508

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALYSSA Secteur 3, N° 312 ALYSSA 2078698	16/11/2022	248,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 FONCTIONNEMENTS HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'atmosphère pratiquée en indiquant la nature des soins

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



16/07/2020

MR EDDEKKAKI MAROUANE

16/06/20

• **Floxam 500 mg - gélule**

2 gélules matin midi et soir 72 heures Puis 2 gélules
jours total 7 jours

33/06
• **Spectrum 0,3 % - solution pour instillation auri**

5 gouttes, matin, midi, soir Oreille droite et gauche à la
minutes, pendant , 7 jours

77/06
• **Dexafree 1 mg / ml - collyre en solution**

1 dosette matin et soir (en association avec spectrum en gouttes
auriculaires) 5 jours Oreille droite et gauche

22/06
• **Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé**

1 à 2 comprimés, chaque 6 heures si douleurs
72 heures (A arrêter quand la douleur disparaît)

PPV 116DH40
LOT 9D026 3
EXP 02/2022



PHARMACIE AL WOURoud
Secteur 3, N°3482
AL Wifaq - Témara

Dr. BENNANI-BAITI Anass
OTO-RHINO - LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
Agdal - Rabat - 0537 675684 - 061487828 - 0337 675684

15, مكرر، الشقة رقم 3 ، الطابق الأول ، زنقة جبل بوعيلان، أكدال - الرباط
15 bis, Appt n° 3, 1^{er} étage, rue Jabal Bouiblane, Agdal - Rabat
05 37 67 56 84 dr.a.bennani@gmail.com 06 61 48 78 28