

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 Allai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai 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° W19-416688

52022

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricole : 1922		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) *	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELA2A121 MOHAMMED		Date de naissance : 01/06/1952	
Adresse : HAY AZZAR IMMF ALFTY AVENUE IBN KHAIR FEZ		Tél. : 0535 608347 Total des frais engagés : 145,30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Mehdi FATHI Resident Chirurgie Traumatologie CHU Hassan II CASABLANCA 17 DEC. 2010			
Date de consultation : 26/11/2010 Nom et prénom du malade : NHAMMOCHA FATHI Age : 62			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Infection virale (grippe)			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/11/2010

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-416688	
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).	

Matricole : 1922
Nom de l'adhérent(e) : ELA2A121
Total des frais engagés : 145,30
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
20.11.2020			G	INP : 140060838 Dr. Mehdi Bahri Résident chirurgie Vasculaire CHU Hassan II FAS

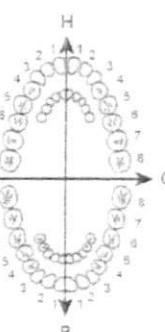
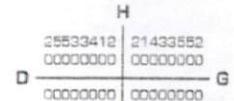
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Chirurgien	Date	Montant de la Facture
 DR MACIE AL KORACHI DR BEN Souda DR KHAIRI HAY OS 35 24 84 97 17/06/97	10/06/97	12,630

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
الدكتور الأحمد العبدالله مركز الإيمان C.R.M	20/08/2018	1	5%		200DH

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	
Important : Veuillez joindre les radiographies en co	
SOINS DENTAIRES 	
Cents Traitées 	
Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat-R.M. Ain sebaâ Casablanca Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml sol inj bt P.P.V : 125,30 DH	
INP : 	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX 	
MONTANTS DES SOINS 	
DEBUT D'EXÉCUTION 	
FIN D'EXÉCUTION 	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D  G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
MONTANTS DES SOINS 	
DATE DU DEVIS 	
DATE DE L'EXÉCUTION 	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION	

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
HASSEN II - FES



ستشفى بدون تدخين

ORDONNANCE

IP :

Dr. Mehdi Bahr
Résident chirurgie Vasculaire
CHU Hassan II Fès

Service : CHVA Fès, le : 20/11/2020

Nom et Prénom du malade : FATHIA NHAMROUCHA

126.32



- Variogrip inj in sturi en IR

PHARMACIE AL KORACHI
Dr. SANAAE BEN SOUDA KORACHI
RUE IBN AL KHATIB HAY EL AZHAR
RTE AIN CHKEF - FES
TELE : 05 25 74 84 97
INPE : 1420068881

PHARMACIE AL KORACHI
Dr. SANAAE BEN SOUDA KORACHI
RUE IBN AL KHATIB HAY EL AZHAR
RTE AIN CHKEF - FES
TELE : 05 25 74 84 97
INPE : 1420068881

3895

Dr. Mehdi Bahr
Résident chirurgie Vasculaire
CHU Hassan II Fès
Cachet et signature
du médecin