

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



Déclaration de Maladie

N° W19-469748

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite-
 Nom & Prénom : Abdellah HAFIDI
 Date de naissance : 19/07/1976
 Adresse : 39 LOT AIN STABIL ANFA CASABLANCA
 Tél. : 0661194676 Total des frais engagés : 300 + 979,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 / 12 / 2020
 Nom et prénom du malade : HAFIDI ABILA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose
 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 21 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMA Dr. KHARBOUCHE 92, Rue de la Liberté Sid el Jadid Tel: 03 2	21/12/2020	973,50

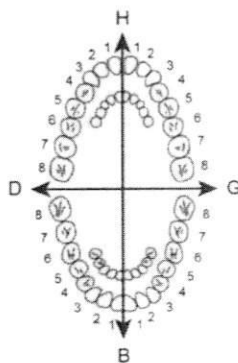
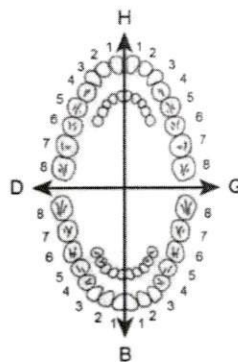
[illegible]

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

RELÈVE 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
				MONTANTS DES SOINS	<div></div>																			
				DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																			
				FIN D'EXECUTION	<div></div>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<div></div>			
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
					DATE DU DEVIS	<div></div>																		
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

Dermatologue

- Maladies de la peau, des ongles, et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmétique, Lasers



الدكتورة عايدة زروالي وارثي

- إختصاصية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر

Casablanca le 21.12.2020.

Mme Paris Hafidi

594,00
1- Capiderma lotion subcutane

12 pulvérisation

1c sir x 03 m

2- Pemiphan sup énergisant

1 à 2 utilisations / semaine

385,50 à unce

Pemiphan crème réparateur

979,50 sur les longueurs

إقامة ربح "D" (عمارة Inwi) الطابق الأول زاوية بئر انزران - زنقة قائد الآشطر - الهاتف: 05 22 25 23 98

Résidence Ribh «D» (Immeuble Inwi) 1er Etage - Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar - Tél.: 05 22 25 23 98

البريد الإلكتروني: E-mail : aidazerouali@gmail.com

Docteur Aïda ZEROUALI.O.
Dermatologue

Ribh, D* (Immeuble Inwi) 1er Etage
Angle Bd. Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar
Tél : 05 22 25 23 98 - 06 38 08 02 06