

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

- Reclamation : 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° W21-601783

54556

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 629 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEDRI HAMID

Date de naissance : 28-12-1961

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06.69.01.4811 Total des frais engagés :

897 MUPRAS

01 JAN. 2021

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : EL HOUCINI ESSAADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anxiété et Stress

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 : NOUASSER Le : 06/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-601783

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) :

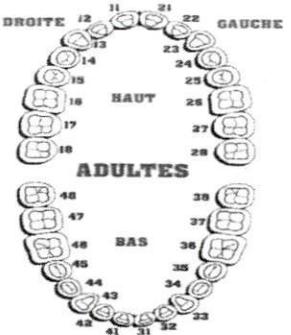
Total des frais engagés :

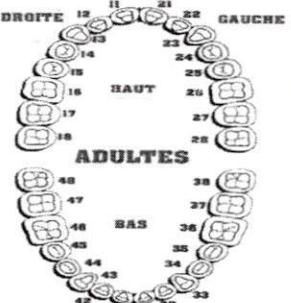
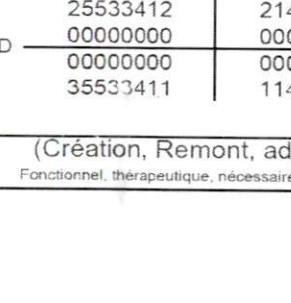
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux |
|---|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |  | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | |
|---|---|---|--|--|
|  |  | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| VOLET ADHERENT | | NOM : <u>BEDRI HAMID</u> | Mle : <u>6798</u> |
|--|-------------------|--------------------------|-------------------|
| DECLARATION N° | | W14-016163 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| <u>06/01/2021</u> | <u>297,30 DHT</u> | <u>4</u> | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |

W14-016163

http://www.mupras.com/feuillesdesoins/

DATE DE DEPOT

06.01.2021

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle : <u>6798</u> |
|--|--------------------------------|-------------------|
| Nom & Prénom <u>Bedri HAMID</u> | | |
| Fonction : <u>Agent</u> | Phones : <u>06.62.01.48-11</u> | |
| eMail : <u>bedri@royalairmaroc.com</u> | | <u>Hallal</u> |

| MEDECIN | Prénom du patient |
|-----------------------------------|--|
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfant <input type="checkbox"/> | Age : <u>09/11/2020</u> |
| Nature de la maladie | |

Amalilé et stis.

| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
|---|--|---------------------------------|
| | | |
| | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| <u>Erly</u> | <u>Dr. Chayma</u> <u>Omnipraticien</u> <u>Résidence Ibn Sina</u> | <u>12001+</u> |

| PHARMACIE | Date : <u>09/11/2020</u> |
|-----------------------|--------------------------|
| Montant de la facture | <u>177,30</u> |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date : |
|------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | Date : |
|----------------------|----|----|----|---------------------------------|
| AM | PC | IM | IV | Nombre |
| | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | | | |

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Médecine générale

Lauréate de la faculté de Médecine
Et de la pharmacie de CASABLANCA
Ex Médecin au CHU-CASABLANCA
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrchid
Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi

الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بمستشفى الجامعي ابن رشيق

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي ببرشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي



Berrechid, le 09/11/2020 برشيد في

Dr Saadia ELHOUSSINI

① - Alivian 5 97,00
Arctyl (1-2-0) 100ml

LOT: 920015
PÉRI: 03/2025
0,97,00DH

② - Relaxin 8c 63,15
180ml



③ - Ballyl 177,33
280ml 36

ne laisser à la portée des enfants.
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.
LOT: 200273
DLUD: 07/2023
63,30DH

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Médecine générale, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun
App. N°2 281
Tél: 05 22 32 48 12

إقامة ابن خطون - الباب رقم 2 (باب صاحبة المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف: 05 22 32 48 12
Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - Appt N°2 - Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12
GSM: 06 62 14 34 32 - Email: elouazzanichaymae@gmail.com

④ - Bayather an

1999/2000

~~Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne Endocrinologie
Résidence Ibn Khaldoun Port 32
App. N°2
Tél: 0522 02 43 12~~