

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 Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-654510

236336

par l'assuré

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 3166

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : N°34, Rue Amzal Hay Fouah Ettah

TÉL : 0662 563042

Total des frais engagés : 595,20 Dhs



Cadre réservé au Médecin : PT. TAZI MOHAMMED FADL

Professeur Agrégé En Urologie

Chirurgien Urologue

CHU Hassan II - Fès

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/03/2022

Nom et prénom du malade : IBLAHIMI Abdellatif

Age : 76

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HBP

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 : FES

Le : 22/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-654510

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 : 3166

Nom de l'adhérent(e) : Ibrahimi Abdellatif

Total des frais engagés : 595,20 Dhs

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
24/08/2022	C	1	300	Dr. AZIZ MOHAMMED EL HASSAN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Pr. AZIZ MOHAMMED EL HASSAN

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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 26533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35933411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Pr Mohammed FADL TAZI

Chirurgien Urologue
Professeur de l'enseignement
Supérieur
CHU Hassan II - Fès



البروفيسور محمد فضل التازي

**أستاذ التعليم العالي في جامعة
الكلي و المسالك الابولية**
المراكز الإستشفائية الجامعية
الحسن الثاني - فاس

Fès Le : ٢٢/٠٩/٢٢ فاس ين:

M⁺ IBRAHIM; AS-ULLAH

(14) box
Plated

Up to be seen at
MAGAZINE
PDT 103

29570

Pr. TAZI MOHAMMED FADL
Professeur à l'Université de Fès
Chirurgien Urologue
CHU Hassan II - Fès

-Tél : 06 61 23 72 11

E-mail : tazifadl@yahoo.fr

02/2016-C

Composition par comprimé: 10 mg
Aflutamide chlorhydrate. Lactose.

Actif dans un seul comprimé.
Excipients q.s.p. à l'intérieur.

Indications, Contre-indications, Posologie

8. Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بيان شروط معينة للتخزين.
بعدن بعدن متناوله و مراجي الأطفال.

517942

conservation Prolongée
voie orale

PPV.147 DH 60



FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à libération Prolongée
voie orale
6 118 001 300150

10 mg



Comprimés à
libération Prolongée
voie orale

logie
à l'intérieur.
tion.
s enfants.

PPV.147 DH 60

بيان شروط معينة للتخزين.
بعدن بعدن متناوله و مراجي الأطفال.

