

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.

N° W19-457796

137892

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8669			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Hicham
Nom & Prénom : I. ALLAFIK			
Date de naissance : 10/03/1972			
Adresse : 6 OPERATION LILIA ETE 2 APPT 10 AIN CHOK Casablanca			
Tél. : 06 73 73 58 97	Total des frais engagés : 281,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin Dr EL FERDAOUS Mohammed			
Cachet du médecin : Imm. A. Résidence ALAHD, 1er Etage - El Jadida Tél: 05 23 39 19 00 - GSM: 06 61 23 23 30			
Date de consultation : 08/03/2022			
Nom et prénom du malade : TAJAFAK ABDELLAH AGE: 44 ANS			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : SDF			
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 :

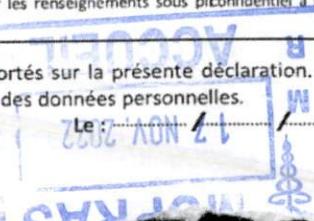
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17 NOV 2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N°



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
08 AOUT 2022	21	1	250 dt	INP : 110000066 N°19 04/06/23 23:30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RÉS. PHARMACIE AL BOURJ Magasin 3183 TAR - 05 23 31 83 50	08/08/22	31,90

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

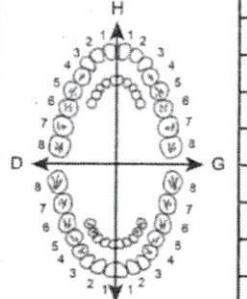
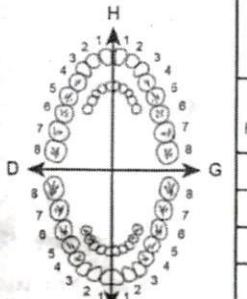
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ancien Médecin au centre Hospitalier
Universitaire à Rabat (Avicenne)
Ex. Chef de Service de Néonatalogie
à l'hôpital Mohamed V à El Jadida
Ex. au Service de Pneumo-Allergologie
Pédiatrique à l'hôpital d'enfants à Rabat



طبيب بالمركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط (سلقا)
رئيس قسم طب الموليد بمستشفى محمد الخامس
بالجديدة (سلقا)
طبيب بقسم الحساسية وأمراض الجهاز التنفسى
بمستشفى الأطفال ابن سينا بالرباط (سلقا)



El Jadida, le : 08 AOUT 2022

Nom :

TAWFIK Abderrahim

11,70

D Diphyrone syr 200 mg 31380

Dr. EL FERDAOUS
PHARMACIE ALAHED
Dr. Noureddine Sidi Bouzid
Rés. Nasir 155
Magasin 103
Tél: 05 23 39 19 00 - GSM: 06 61 23 23 30

E Triptozyl 31,90 x 41 1/2

Dr. EL FERDAOUS Mohammed
Pédiatre
Imm. A. Résidence ALAHED, App. N°19
1^{er} Étage - El Jadida
Tél: 05 23 39 19 00 - GSM: 06 61 23 23 30

PPV 11DH70
PER 03/25
LOT L949

11,70

Lot. 3632
Per.: 02 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH