

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0048353

Maladie

Dentaire

Optique

My courri

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6985	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	245288
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0048353

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					MONTANT DES SOINS
					DÉBUT D'EXÉCUTION
					FIN D'EXÉCUTION
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
X					
VOLET ADHERENT	NOM :			Mme	
DECLARATION N°	W17-134582				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
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					



W17-134582

DATE DE DEPOT

16.12.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom LASSAMI HAFIDA

Fonction : HIRCHI Roudab Phones. 0662-11-1922

Mail

MEDECIN Prénom du patient LASSAMI HAFIDA

Adhérent Conjoint Enfant Age 1955 Date 16/12/22

Nature de la maladie Bronchite aig Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>		<u>900,00</u>

PHARMACIE Date 16/12/22

Montant de la facture

267,80

INPE: 012084166

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. Daoudi Aissaoui
Médecin Généraliste
App. Klinik 1er étage
276, Bd Ram Cuest - Kenitra
Tél: 052094166 - I.E: 00154911900

Dr. Hicham ATMANI
Médecine Générale - Médecine Alternative

Doctorat par l'académie de médecine

d'état de Perm 1999

Ancien médecin CHU

Avicenne Rabat

Ancien médecin à

l'hôpital provincial - Kénitra

Ancien médecin et officier

militaire des FAR

Echographie Générale

Examen médical de Permis de Conduire

N° 6985



INPE : 101191351

الدكتور هشام العثماني
الطب العام - الطب البديل
دكتوراه في الطب فرعية أكاديمية الطب للدولة
بميمون 1999
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي
ابن سينا بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي
بالفتحية
طبيب وضابط عسكري سابق بالقوات
المسلحة الملكية
اكوغرافي عام

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Kénitra, le 16/12/22 القنيطرة في

LASSAMI HAFIDA

66,00

ATM MYCINE

500

mg 5 x 3

99,05

21

proclifex

1st 1/1 x 10

26,90

3/

vit C 500mg

14,40

4/

Doliprane 1000 mg

Syrup

61,50

19/164.

Dr. Daoudi Youssef

Pharmacie Alosra

276, Bir Rabi Ouest - Kénitra

Tel: 05 37 37 03 29

Mobile: 05 33 44 79 99

ICP: 00154911900009

319 شارع محمد الخامس الطابق الأول شقة 2 (فوق شركة 2PC) قرب مقهى نرجس القنيطرة

519, Av Mohamed V 1er étage, App2 (au dessus Sté 2PC) près de café Anarjis, Kénitra

هاتف العيادة : 06 61 82 50 30 | 05 33 44 79 99 | الهاتف النقال :

Dr. Daoudi Youssef
Pharmacie Alosra
276, Bir Rabi Ouest - Kénitra
Tel: 05 37 37 03 29
Mobile: 05 33 44 79 99
ICP: 00154911900009

Vita C1000®
PPV 26DH90 EXP 06/2025
LOT 28031 6

21.07.6
09/26
66DH01

PRODEFEN®
Complément alimentaire
Lot : 123724
Date de Fab : 02.2022
Date de Pér : 01.2024
PPC : 99 Dhs

PPV 14DH40
PER 07/23
LOT K1919

ZENITH Pharma
PPC : 61,50 DH