

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° W21-799011

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7368			
Société : ROYAL AIR MAROC			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : OUAKICABO HOUSSNI			
Date de naissance : 04-10-67			
Adresse : 23 LTS 1AIS FATEH OULFA CASABLANCA			
Tél. : 0668863944 Total des frais engagés 489,30 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. EL RHANJAOUI Maria Spécialiste en Medecine de Sport Delegation de Dar Bouaaza INPE: 061007191			
Date de consultation : 04/08/2023			
Nom et prénom du malade : OUA KRAÏD NANTIA Age : 11			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Branlité et arthrose			
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 : M 11 AOÛT 2023			
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL BOUAFIA			

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-799011	
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 : HAMZA
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés 489,30
 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
24/07/2023	C		G Dr. EL RHANJAQUI Maria Spécialiste en Medecine de Sport Delegation de Dar Bouaza TPE: 261007191	INP : 0501007191

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASA BLANCA dés. Hajjat Rue Sidi Lotfi Casablanca - Tel: 0522 93 10 28	04/08/2023	489, 30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					

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.

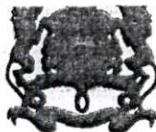
Important

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []													
				MONTANTS DES SOINS []													
				DEBUT D'EXECUTION []													
				FIN D'EXECUTION []													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
<hr/>																	
B	35533411	11433553															
				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



Dr. EL RHANJAoui Maria
 Spécialiste en Médecine de Sport
 Délégation de Dar Bouaaza
 INPE: 061007191
CACHET DU MEDECIN

ORDONNANCE

A _____ Le 04/02/2023

OVAKYADE

MARIA

Augmentin 500

75,90x2 150%

PPU: 79,90 DH
 LOT: 649458
 PER: 03/24

PPU: 79,90 DH
 LOT: 649458
 PER: 03/24

Seret-N 250

215,00 - 1 flacon - 9 fl -
 15 fl - elai 5

ID: 650240 GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 218,00 DH
 6 118001 141876

Serum au bleu

10,90 1 fl 12 fl 10 fl 6

Importateur Exclusif
 Biocodex Maroc
 www.biocodex.ma
 PPV: C. 90,90 DH

Dolip 500

10,90x2 140%

PPV: 10DH30
 PER: 06/25
 LOT: L2314

PPV: 10DH30
 PER: 06/25
 LOT: L2314

Dr. EL RHANJAoui Maria
 Spécialiste en Médecine de Sport
 Délégation de Dar Bouaaza
 INPE: 061007191