

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-786372

Par
Prénom

176145

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3166		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	IBRAHIMI ABDELLATIF
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 01/01/1946			
Adresse : 34, Rue Anoual, Hay Farah, FES			
Tél. : 0662 56 3042		Total des frais engagés : 1041,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	Date de consultation : 27/07/2023
	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 : Cancer de l'estomac de l'âge
	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 : 27/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-786372

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 : 1041,60
Date de dépôt :

3166

IBRAHIMI ABDELLATIF

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
22/07/2013	CS		300,00	 INP : Professeur Agrégé Service d'oncologie Médicale CHU Hassan II FES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.07.2023	741,60

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
BAIBES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 27/07/2023

LE:27/07/2023

DATE SORTIE : 27/07/2023

DR. MELLAS NAOUFAL (ONCOLOGIE MEDICALE)

HONORAIRES : 300,00 Dh (TROIS CENTS DIRHAMS)

PATIENT : M. IBRAHIM ABDELLATIF

signé et cacheté

DR MELLAS NAOUFAL
Professeur Agrégé
Service d'oncologie Médicale
CHU Hassan II - FÈS
INID : 41000000000000000000

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bncu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH

6 118001

40 مع إينكسيوم

[ازوميبرازول]

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bncu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH

6 118001

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bncu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

Cpr GR

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH

6 118001

40 مع

إينكسيوم
ازوميبرازول

40 مع

إينكسيوم
ازوميبرازول

Ace A

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bncu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH

6 118001

40 مع إينكسيوم

[ازوميبرازول]

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bncu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH

6 118001

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bncu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

Cpr GR

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH

6 118001

40 مع

إينكسيوم
ازوميبرازول

40 مع

إينكسيوم
ازوميبرازول

Ace A