

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

Nº M21- 063667

Maladie

Dentaire

Optique

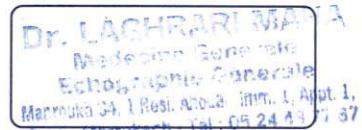
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2005	Société :	RHT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NP
Nom & Prénom :		AGOUAMI ET ELONDAFO. NBB	
Date de naissance :		AN MAIS 1957	
Adresse :		Habite à	
		BP 66 96 22 76	
Tél. :		Total des frais engagés : 316,30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2023

Nom et prénom du malade : Agoumi El Nastaf Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ben clite

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 : CASA

Le : 05/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-63667

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 :

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
SI/12/23	C		-160 -	DR. LACHRARI Médecin Dentiste Souscription à la date Maroc 3A, 1 Resid. Aida, Ann. 1, Apt. 1, Gueliz Marrakech - Tel: 05 24 43 71 67

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAJD Docteur en Pharmacie Residence Najd Marrakech Tel: 05 24 45 72 53	05/12/23	156.30 072083330

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Tasse

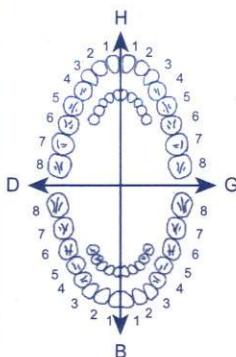
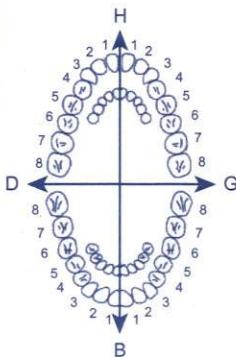
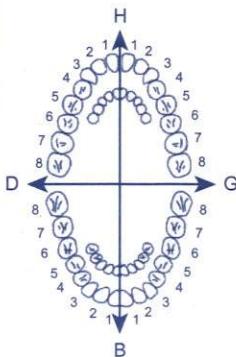
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	<input type="text"/>
	D	00000000	00000000	<input type="text"/>
	B	00000000	00000000	<input type="text"/>
	G	35533411	11433553	<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>
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

Dr. LAGRARI MAHA

Médecine Générale

Echographie générale

Visite médicale pour l'obtention du permis de conduire

Médecine esthétique

Traitement de la chute des cheveux

Traitement des rides, des taches, des cernes

Acupuncture

Sevrage tabagique

Traitement de la douleur et du stress

INPE 071174064

الدكتورة الغراري مهى

طب عام

الفحص بالصدى الصوتي

الفحص الطبي لرخصة السياقة

طب التجميل

علاج تساقط الشعر

علاج الترهلات، الهالات السوداء ، الكاف

الوخز بالإبر الطبية

الإلاع عن التدخين

ن. المصري LOT N:

UT. AV:

PPV (DH):

34120

Marrakech le : 5/10/23

Argonni Dr Nostafa

34,70

SV

41 S cat 20 →

3 p 1g 6 mati

SV

39,00 Ac à s ab 1/0 pd

3 SV 20 → gel 1/0

14,60 2 gel 1/0 an-jen

41 Os li peave 3g SV eff

156,30 3 ep ab 1/0 pd

LOT: 23CA0137
EXP: SEPT2025
P.P.C: 68,00 DHS

eur en Pharmacie
Meriem
Najd Marrakech
Tel: 05 24 45 20 14

LOT: M1092
PER: 07/2025
PPU: 39,00DH

DR. LAGRARI MAHA
Médecine Générale
Argonni Dr Nostafa
Tél: 05 24 43 77 67 / 06 20 63 18 81 - الهاتف: 05 24 43 77 67
Lot. Mabrouka n°1, Tranche 34, Rés Anouar, Imm 1, Guéliz, Marrakech - Tél: 05 24 43 77 67

طريق إقامة أنوار عمارة 1 شقة 1 جنيز مراكش - الهاتف: 05 24 43 77 67 / 06 20 63 18 81

14160
PPV 14 DH 60
PER 07 / 26
LOT M1460
S2