

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

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.r.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0032305

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUSIKI Abdelmajid

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RES D LA VILLE, ENTREE A APPT 04

BO 950 D'ELHI KENitra

Tél. : 0660308585 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 07 AOÛT 2020 Complémentaire

Date de consultation : ACQUIL SIEGE RAM

Nom et prénom du malade : KHATER NAJIA Age : 40

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : KENitra Le : 06/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

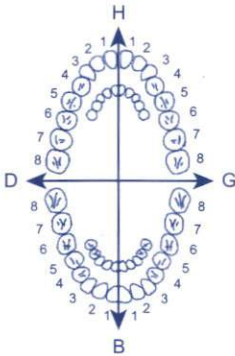
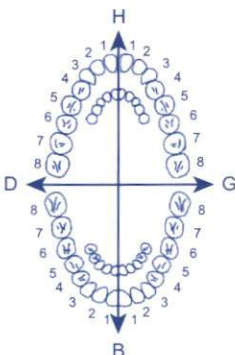
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité

Société : AXA FRANCE IARD

N° de sinistre : 20607943

Contrat n° : 010 070171 / 00

N° dossier : 800114

N° d'affiliation : 2648

Date de survenance : 15/06/2020

Matricule Société : 0

Date de traitement : 09/07/2020

Assuré : KHAYER NADIA

Date de remboursement : 09/07/2020

Bénéficiaire : KHAYER NADIA

Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	85.00	0,00	212,50
MEDICAMENTS	372,80	173,40	0	85.00	0,00	147,39
	622,80	423,40			0,00	359,89

Observations :

Informations :

Docteur RATBI Aziz

C.E.S. de Pneumo - Phtisiologie

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

Maladies des Poumons - Tuberculose
Asthme - Allergies

Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Fibroscopie Bronchique

Membre de la société de Pneumologie
de Langue Française

الدكتور الرتبي عزيز

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الصدر - داء السل

الضيق - أمراض الحساسية

الكشف الداخلي للجهاز التنفسي

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة

بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

Kénitra, le 15/06/2020 القنيطرة في

Khayen Naché

58.20

Solupred 20

3 cdo / j

Solupred[®] 20mg

Le mal après

11.20

Avamy

zphv de drog
nanc h. l.

99.70

Labo x ten

12/06/2020
L. san avy

LOT: 14520003
PER: 03/2025
PPU: 99,70 DH

LOT: 14520003
PER: 03/2025
PPU: 99,70 DH

LOT: 14520003
PER: 03/2025
PPU: 99,70 DH

Dr RATBI AZIZ
Pneumo - Phtisiologie
323 Avenue du Crédit du Maroc
Tél: 05 37 37 99 84

Pharmacie Centre Ville
323 Avenue du Crédit du Maroc
Kénitra

☎: C. 05 37 37 99 84

323 شارع بنك الخاس الطابق الأول (فوق مصرف المغرب) - القنيطرة
323, Av. Med V, 1er Etage - Kénitra (En haut du Crédit du Maroc)

Renseignements concernant le patient

5°il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)Exemplaire à conserver par

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Fiche dossier

Exemplaire à conserver par