

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° W19-545367

45500

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DABRI KARIM

Date de naissance : 15/12/1975

Adresse : 11, rue Ibn Nouni Farah A Settat

Tél. : 0661766445

Total des frais engagés :

148,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

KARIMI SIDI

Age : 35

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 : Casablanca

Le : 12/10/2009

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-545367

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 : 11463

Nom de l'adhérent(e) : DABRI KARIM

Total des frais engagés : 148,90

Date de dépôt : 12/10/2009

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samia Docteur en Pharmacie RIBASSA - Al Hay Al Houde BERRECHID Tél : 05 22 32 84 94	08/10/2020	168,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
ASMOOUN Samir Docteur en Pharmacie			
ASSALAM Hay Al Houda BERREBI			

•05 22 32 84

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

Violet 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 prie de preciser 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.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
				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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21482552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21482552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21482552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse</p>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



مصحة فدالة
CLINIQUE FEDALA

Dr. BENSIMANE ARAFA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 92

Dr. BENSIMANE BADIA
Gynécologie - Accouchement
Stérilité - Coelio - Chirurgie

08 OCT 2022

Mohammedia, le :

Karim, Sahn

PPV: 126,30 DH
LOT: 623705
PER: 06/21

12, 6 °



- Sp^o on R/°
126,30 T/° x 2

22,60

- Au goutte



reduire x 2 x 6

T, 148,9 °

DR. BENSIMANE B.
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Clinique Fedala
5, Boulevard Mohamed V
Mohammedia Tél: 05 23 31 12 82

Dr. BENSIMANE ARAFA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 92