

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

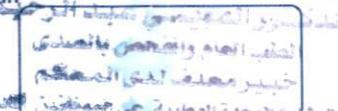
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W19-536043

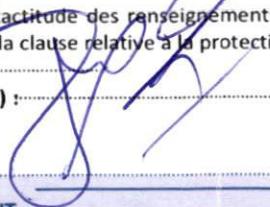
ND. 49145

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1225	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : HERMAS Mohamed FAKER			
Date de naissance : 04 MAI 1956 30 10/151			
Adresse : Rue 457 N° 43 Cité des Américaines			
Tél. : 0662788010 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
 Cachet du médecin : Tél. : 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18 Date de consultation : 10 NOV 2020			
Nom et prénom du malade : KRÁTI Nasma - Age : 64 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Vaccination anti grippe 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 : **Agadir** Le : **05/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-536043
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 : **1225**
 Nom de l'adhérent(e) : **HERMAS**
 Total des frais engagés : **289,80**
 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
05 NOV 2020	CA		150,00	INP : 0410662000 Signature : Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. D. S. M. N. L. K. J. I. H. G. F. E. D. C. B. A. 05-28-843102

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 : <input type="text"/>				
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 				
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE 				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								
CŒFFICIENT DES TRAVAUX 								
MONTANTS DES SOINS 								
DATE DU DEVIS 								
DATE DE L'EXECUTION 								

**Docteur Abderrahim FOUSSI
MEDECINE GENERALE**

Diplômé d'Échographie Générale
Faculté de Médecine Montpellier
Expert Assermenté Près les Tribunaux
Diplômé de Diabetologie de nutrition
et de Diététique Médical
Faculté Médecine Montpellier
D.U. Médecine du Travail F.M. Rennes
Certificat du Permis de Conduire

الدكتور عبد الرحيم الفوysi

الطب العام

شهادة فحص بالصدري

بكلية الطب مونبلي

خبير علني لدى المحاكم

دبلوم جامعي في مرض السكر

والتغذية بكلية الطب مونبلي

دبلوم جامعي في طب الشغل

بكلية الطب بروت

شهادة رخصة السيارة

05 NOV 2020

Agadir, le : اكادير في :

400 (ZRATI) Naima

1,25,30

1)

Vaxi Grip téh &
1 litre x 8c

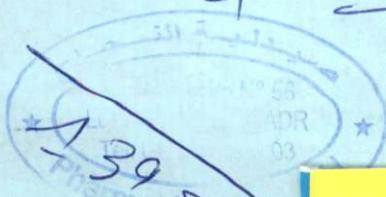


1,45,00

2)

DoloSTOP 5.V. 500 mg
et 1/1

4 y = 3
en cas de fièvre



05 28 84 31 02 - 05 28 2

دفر 56، شارع الوحدة الوطنية، حي الولاديات، أماكن مسجد

N° 56, Av. Al Wahda Al Wataniya - Les Amicales Tél. B : 05 28 22 86 39 - Tél. D : 05 28 84 31 02

الدكتور عبد الرحيم الفوysi
الطب العام - فحص بالصدري
خبير علني لدى المحاكم

شارع الوحدة الوطنية 56
دفر 31 02 - 05 28 84 31 02

Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	K R A T I N A I M A	
Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>
Age	64 ans	
CIN	J 8 0 3 9 8	
Adresse	Rue 457 N°43 A/F	
Tel	0 662 18 00 10	

Information sur le vaccin contre la grippe				
Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
5/11/20	Vaccin grippe A/H1N1/2009	43K344	7/11	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAMP) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	Dr Fouad Abdellah
Lieu de vaccination	ASAPOL
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination	05/11/2020



Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021

N°carte (N°dans l'ordonnancier) :
.....



335, Avenue Mohammed V - Rabat
Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01
<http://www.sante.gov.ma>