

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

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



15204

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009510

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06850 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN BEDA Med Date de naissance : 28/04/1967
 Adresse :
 Tél. : 1400 TUNISIE 066811845 Total des frais engagés : 403,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/12/19
 Nom et prénom du malade : BEN BEDA Med Age :
 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 : Casablanca Le : 25/12/19
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009510

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
 Matricule : 06850
 Nom de l'adhérent(e) : BEN BEDA Med
 Total des frais engagés : 403,60 Dhs
 Date de dépôt : 25/12/19
 Coupon à conserver par 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
14/12/15	2	-	22	
01/16				
23 Dec 2019				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14/12/15		9570
23/11/15		107.50

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed IDOUK

Louréat de L'Université Hassan II

Diplômé en Gériatrie, Maladies Des os et des

articulations université de BORDEAUX

Médecine du sport Université de RENNES

Ostéopathie du mal du dos et des articulations

الدكتور محمد إيدوك

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

خريج جامعة الحسن II

وبلوم أمراض الشيفوخة و المفاصل و العظام جامعة بورسو

وبلوم طب الرياضة جامعة رين

الوخز بالابر و التقويم اليدوي في أمراض الظهر و المفاصل

12 3 June 2019

504 35008 12

63,90

16 12 2019

44,00

2 x 2 6

reimburse

12 2 2019

12 Bal
119055
24/12/19

63,90



PHARMACIE CHARM CHEIKH
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL OUD
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18



437, Avenue Commandant Driss Lharti Cité Djamaa - Casablanca 20450 - Maroc
Tél. C : 05 22 56 31 95 - Tél : D : 05 22 37 24 66
NPE : 091066766 ICE : 0016668910000

Docteur Mohamed IDOUK

Louréat de L'Université Hassan II

Diplômé en Gériatrie. Maladies Des os et des

articulations université de BORDEAUX

Médecine du sport Université de RENNES

Ostéopathie du mal du dos et des articulations

الدكتور محمد إيدوك
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

خريج جامعة الحسن II

دبلوم أمراض الشيخوخة و المفاصل و العظام جامعة بورجو

دبلوم طب الرياضة جامعة رين

الوخز بالإبر و التقويم اليدوي في أمراض الظهر و المفاصل

1 : 05 22 37 24 66

24

35w 3800g 44.15

48.15

44.20

3mg

1 x 2

95/70

A

Séparément en 2 lots

PPV: 48DH50

PER: 09-22

LOT: 12155

b bontu
02, Allée des Casuarines - Ain Seba - Casablanca
Sachets - Pharmacien Responsable

PHARMACIE CHARM CHEIKH
N° 600075 HAMRAZ AV AL O
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

LOT : 3132
UT.AV: 05 - 24
P.P.V: 47 DH 20

Dr. Mohamed IDOUK
Medecin Agées
ET MEDICAL
HARTI
755319