

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-425703

ND = 18619

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : Mezrouki Idrissi Mohamed
 Date de naissance : 9/3/1970
 Adresse : N6 imo B bloc 17 Residence Chabab A inelba Casablanca
 Tél. : 0643960102 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : douleurs
 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 : Le : 29 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

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
21/10/20	U		300,00	INP : <input type="text"/> Dr. Nabila BOUAFIA Professeure de Traumatologie et de Stomatologie Agdal - Rabat Tél: 06 37 77 07 24 - GSM: 06 61 29 67 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/20	49,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				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 NABILE BOUSSELMAME

Professeur de Traumatologie - Orthopédie
(Adulte - Enfant)

- Ex Chef du Service de Traumatologie - Orthopédie de L'hôpital Militaire Med V - Rabat
- Ex Professeur Colonel à la Faculté de Médecine de Rabat
- Diplômé des Universités de Rabat et de Paris : René Descartes - Pierre Et Marie Curies+
(Chirurgie du Sport, Chirurgie de la Main, Chirurgie du Pied, Prothèse, Arthroscopie, Traumatologie...)

الدكتور نبيل بوسلمام

أستاذ في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
(كبار أطفال)

- رئيس قسم جراحة العظام والمفاصل بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط سابقا
- أستاذ كولونيل بكلية الطب بالرباط سابقا
- خريج جامعات الرباط - باريس 5 - باريس 6
- جراحة الرياضيين، جراحة اليد، جراحة القدم، المفاصل الاصطناعية، الجراحة بالمنظار، جراحة الكور...

Rabat, le 20.1.2020

Alloul Jalile

① Newflex a, up

19,90 1 sup x 2/j 10,

②

ibol 10

1 sup/j 7 j eps sup.

③

eds 2(6, 7).

1 felt/j 7 j e sup.

19,90 13137
PER: 07/2024
PPV: 19. 0 DH

Pharmacie Eisini ALLAH
Boulevard Chirouh Ppand, colonie
Z. P. 07 EL. Wal. Tel. : 05 37 77 07 37
Tél : 05 37 64 18 88

Dr. Nabile BOUSSELMAME
Professeur de Traumatologie - Orthopédie
Appt. 12, Imm. 23, Avenue Bin Ouidane,
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 07 37 - GSM : 06 61 29 67 74