

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-464592

ND: 20405 CA

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1285 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CABRANE Abdellah

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : KAMAL II lot N°118 Bloc A SETTAT

Tél : 0664556419 Total des frais engagés : #848,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Dr. FAZ Fatima Ezzahra
 Médecin Généraliste
 Bd Général El Kettani
 N° 83, 1ère Etage, Apt 1
 SETTAT, Tél: 05 22 20 58 91

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Calixte Zahra Age : 63 ans

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 : SETTAT Le : 23/02/2020

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
03 FEV. 2020			1500H	INPE: 061207353 Dr. FAIZ FATHI Méd. Gén. Céntral N 88, Jendral Ii Kertanegara N 88, Jendral Ii Kertanegara, Appt 1 KOTABATU: 0525 40 38 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/20	698,20 DH

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
		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 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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D			B
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale

Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité

Cholestérol, Maladies Rénales



الدكتورة فاطمة الزهراء فايز

الطب العام

الفحص بالصدى

التغذية والسكري. السمنة

الكوليسترول. امراض العلي

68,90

68,90

ORDONNANCE

145,90 145,90

68,90

68,90

Settat, le : 03 FEB. 2020

Nom et Prénom du Malade : Calherine Zahra

LOT : 19E005
PER:06 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



21.80x6

2) Aspegic 100



1 sachet 1/2

ent
collen

145,90x2

2) Couvastyl 1/2



collen

68,90x4

3) Fludex . 4



ent

698,20

LOT : 19E003
PER:03 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



LOT : 19E005
PER:06 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 19E005
PER:06 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 19E005
PER:06 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



LOT : 19E005
PER:06 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



05 23 40 38 91 - الهاتف - سطات - 1 - رقم 88 الطابق الأول رقم 1 - سطات - Tél : 05 23 40 38

PER.

