

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-449210

Le 04/01/2020

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 22571	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3550		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABDELMOUMNI Bachir			
Date de naissance : 06/03/1956			
Adresse : N°3 Rue Chouaib Hay Almawtakhal ou 55			
Tél. : 0666788636/056546136		Total des frais engagés : 734,60 Dhs	

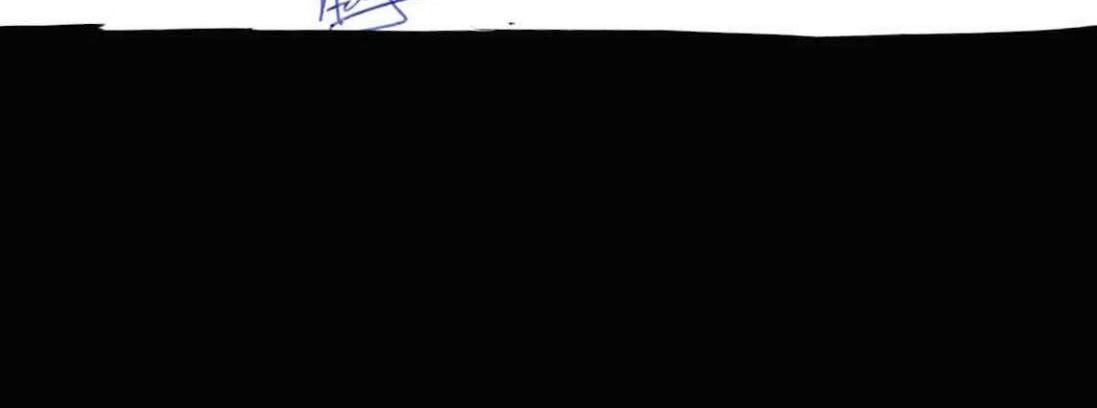
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr ZAHRAOUI Oukacha CHIRURGIEN CHirurgie IBN SINA	
Date de consultation :	06/01/2020
Nom et prénom du malade :	Allal Ben Abdellah
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	HTA
En cas d'accident préciser les causes 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 : **04/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **04/01/2020**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
01/12/2020	CS		25,00	INP : 000000000000 TAHRAOUI Oukache HIRGJEN N SINA

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Redouane JEDDI Med Mokhtari N°10, Hay Nadjah 654 10 10 - OUJDAD 2074931	ab 1er 18/03	47816.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

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 : []	
				Coefficient des travaux []	
			-	Montants des soins []	
				Début d'exécution []	
				Fin d'exécution []	
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H D B G	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	Coefficient des travaux []	
	D G B	00000000 35533411	00000000 11433553	Montants des soins []	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Date du devis []
				Date de l'exécution []	

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN SINA
CLINIQUE

مصحة ابن سينا

Ordonnance

Oujda, le : 06-1-20

7^{me} - AB DELMOUADJI - Rabat

- Cardeniel 1,25



2x 77,80 Dhs. à M. el.

- C. Aprovel 300/12,5
239,00 Dhs. à M. el.



- Relaxin B6 300
87,00 Dhs. à M. el.



Σ: 481,60

Dr ZAHRAOUI Oukacha
CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA



شارع الحسن الثاني طريق سidi يحيى - وجدة

BD.Hassan II, Route Sidi Yahya-oujda Tél : 05 36 50 27 10/11 - Fax : 05 36 50 27 01