

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-474228

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

(22910)

Matricule : 4517

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 28/6/69

Adresse : 2 Rue Ait Melloul Av. ZERITOUNE
Soush - RABAT.

Tél. : Total des frais engagés : 753,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2020

Nom et prénom du malade : YAHIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Rhinos bronchite

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

Le : 17/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-474228

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
7/11/2020	G	1	250.00	INP : 1410091773 Au Dr LAMOURI Faïcal en Médecine et bl art

Ayoub LAMOURI Faïçal
DÉLAMOURI Faïçal
Spécialiste en Médecine et biologie
du sport
Médecine Générale
07 71 24 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel. Montant de la Facture
<p>D. BENJELLOUN Raphiaffineur 3, Av Zekhoun Soma Tél: 05 37 63 68 64 INPE: 102015153</p>	20/11/2020	503,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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 d

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533414</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533414	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533414	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
B	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
				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'EXÉ

**POLE
ADULT**

LOT:494

PER:11/21

PPV:23,90DH

ICE 0016215280

L'efficacité de ce traitement
est scientifiquement prouvée.

SANS CONSERVATEUR
Importateur Exclusif:

Biocodex Maroc

www.biocodex.ma

P.P.V. 80,90 DH

En cas d'exposition
aux agents exogènes
qui en sont responsables

Grâce à

Pr:10DH30

PER:12/21

LOT:H2790

Dr LAMOURI Faïçal

Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy

Assermenté auprès des tribunaux

Médecin conseil auprès du Consulat Général de France

Spécialiste en Médecine et biologie du sport

Médecin Morphologue et Anti Age (MMAA Paris Descartes)

Médecine Générale

Echographie Générale

DATE 07/01/2020

mademoiselle YAHIA IZA , 17 Ans et 0 mois

No 3°

DOLIPRANE 1000 cp

87,30 1 cp 3 fois par jour si fièvre ou douleurs

MONOZECLAR 500mg Cpr boite 5 cp

58,40 1 cp par jour pendant 5 jours

29 SOLUPRED 20mg Cpr eff B/20

23,90 3 cp le matin après le repas pendant 5 jours

POLERY Sp Ad Fl/200ml

0,90 1 càsoupe 4 fois par jour à distance des repas pendant 5 jours

STERIMAR Nez Bouché

1 pulv matin midi et soir 7 jours

Pharmacie Benelloun
Dr. BENELOUN SONIA
3, Av Zerktoun Souissi-Rabal
Tél: 05 37 63 68 64
INPE: 102015153

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Monozclar 500 mg cp pe/
Im b6 mv
P.P.V.: 87,30 DH

5 11 Rnas

58,40

58,40

58,40

Tz 503,50

Dr LAMOURI Faïçal
Spécialiste en Médecine et biologie
du sport
Médecine Générale
Tél: 05 37 71 24 42
Ollier

Avenue Nakhil / Rue Attoute en Face de la Tour Maroc Telecom
Tel : 0537712442 Fax : 0537716705 Mobile : 0661153172

58,40
Solupred 20mg

58,40