

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Cessions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009602

N° 54 340

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1827 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A. Zouagh Rkia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rkia 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 : / /

Signature de l'adhérent[e] :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-09602

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

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 40%;">H</td> <td style="width: 40%;">G</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			D	H	G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			
D	H	G																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
VOLET ADHERENT	NOM :			Mle																				
DECLARATION N°	W18-352997																							
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																						
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois																								
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																								



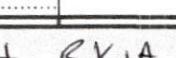
W18-352997

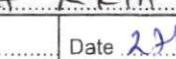
DATE DE DEPOT

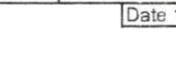
...../...../201..

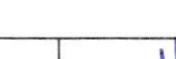
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1227	
Nom & Prénom AZOUGH RKIA			
Fonction : Veille	Phones. 0522.219454		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient AZOUGH RKIA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age		Date 27/10/2020
Nature de la maladie Arthralgie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
c	.	150,-	
PHARMACIE	Date 27.10.2020		
Montant de la facture 228,50			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	31 DEC 2020		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV





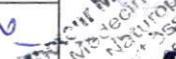






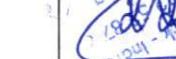


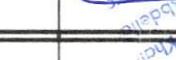
























1227

بسم الله الرحمن الرحيم

الشافي هو الله

Docteur Mohamed AATIK

Docteur en Médecine



الدكتور محمد عتيق
دكتور في الصيدلة

Casablanca le 27. 10. 20

• الطب العام

• حائز على شهادة الطب الرياضي
لهم جمية - التغذية الرياضية

• الطب الفيزيائي - الترويض الطبي

• الطب الطبيعي

• حائز على شهادة الخبرة الطبية
والتعويض القانوني للضرر الجسدي

• خبير قضائي محلق لدى المحاكم

• Médecine Générale

• Diplômé en Médecine
de Sport Nutrition
Diététique Sportive

• Kinésithérapie
Rééducation

• Médecine Naturelle

• Diplômé en Expertise
Médicale et Réparation
Juridique du dommage
Corporal

• Expert Judiciaire
Assermenté auprès des
Tribunaux

13,20

83,60

56,30

51,50

23,90

226,50



Alejrik cr n°1
115 3x 1v

Melricam 15 n°1



— m. l'le 100
D. cure amit " 1



— 1 ammt / fennant

Defloratene 665 PM



— 2x5 metri 1j/2



Isery 6mg n°1
— 1 amst 3x



حي مولاي عبدالله، شارع الخليل، الزنقة 132، رقم 6 - عين الشق
20480 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 85 11 -fax : 05 22 21 85 03
Hay Mly Abdellah, Bd. Al Khalil, Rue 132 N° 6 - Ain Chock
20480 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 05 22 21 85 03

NOVOPHARMA	540
UT.AV	LOT
23	PPV

23,90

13,90

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F18B
EXP: 06/2022

Lot: PJ1072
Per: 09/2023
PPV: 51DH50

83,60