

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

N° W21-608208

58114

CP

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 12537

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKNIZI AHMED

Date de naissance : 07/12/1985

Adresse : Résidence KPC, 5ème étage, Appart. 1, Jemamme dia

Tél. : 066912475

Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Nozha SAADI
Gynécologue
Av. Fakir, 67
Fait à l'Unité Gynéco-Obstétrique
Allal Ben Abdellah - Casablanca, N°1

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2021

Nom et prénom du malade : EL BAGHDADIAN

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SUIVI DE SAN SESSA

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 : Casablanca

Le : 30/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-608208

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 |
|--------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/01/2012 2012 | acte 2 | | 200000 | INP : 10000000000000000000000000000000 Dr. SAADI Gyné-Obstétrique Fai Ould Oumneir, N°1 Agdal - Rabat |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. MOZIA SAADI ECOLOGIE - Gynécologique - Gynéco-Obstétrique AV. Faridou Oumeir, N°1 Agdal - Rabat | 20/01/2021 2021 | Feéne | 2000 DT |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dr. Nozha Saadi

Ex. Professeur de Gynécologie-Obstétrique
à la Faculté de Médecine de Rabat

د. نزهة السعدي

أستاذة طب النساء والتوليد
سابقا بكلية الطب بالرباط

Rabat Le: 30/01/2021

Facture 49

Mme El Razzouq T. M.

A réglé pour :

Une consultation obstétricale : 200 Dhs

Une échographie obstétricale : 200 Dhs

Sous total :

400 Dhs

Adresse: 67, Av Fal Ould Oumeir, 1^{er} étage, Appt N°1 - Agdal Rabat

Tél.: 05 37 77 77 56 / 05 37 77 65 68 - GSM: 06 63 17 63 43

E-mail: nezha_saadi@hotmail.com