

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-499748

58387

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12745	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUADILI MOHAMED FAOUZI			
Date de naissance : 27/01/1976			
Adresse : Route TADDARET RES MAWLID Apt D-22 Casab			
Tél. : 06 61 36 29 38	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : YASSER MOHAMED			
Age : 17 mois			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Endolithe dentaire			
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 : **CASAB** MUPRAS

Le : **17/01/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

07 FEV 2021

VOLET ADHÉRENT	ACQUÉRIR	MUPRAS
Déclaration de maladie	N° W19-499748	
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 : 12745	ACCUEIL SIEGE RAM	
Nom de l'adhérent(e) :		
Total des frais engagés :		
Date de dépôt :		

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
27/10/11	S	1	250	INP : 10111111111111111111111111111111 D. X. 10/11/2011 PED15013613 50. sur lhr. Aicha Guem Tél/Fax : 05 24 42 25 29
21			01	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACEUTIC HAY SEMLALIA</p> <p>N° 11 Bis Rue Oued Lkabir P.ot. Imad Eddine Semlalia 2 Abdellah - Marrakech</p>	27/01/21	11,70

ANALYSES RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

VOLET ADHERENT

Docteur My Abdelaziz KATIF

Spécialiste en Pédiatrie
et Néonatalogie



الدكتور م. عبد العزيز كتيف

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب سابق بمستشفى المامونية

مسؤول سابق عن وحدة أمراض

الجهاز التنفسي والرئو عند الطفل

Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat

Ancien Pédiatre à l'hôpital Mamounia

Ancien Pédiatre Responsable de l'unité
de Consultation de Pneumologie Pédiatrique

Marrakech, le

Enfant de

11,70

PHARMACIE HAY SEMLALIA
N° 11 Bis Rue Oued Lkabir
Lot. Imad Eddine Smlalia 2
Bd. Prince My Abdellah - Marrakech
Tél : 05 24 43 20 02

Dr. KATIF 22-22



22

Dr. KATIF My Abdelaziz
PEDIATRE
50, Rue Ibn Aïcha Guellal - Marrakech
Tél/Fax : 05 24 42 29 29



50, زنقة ابن عائشة، إقامة التخلات الثمانية رقم 39 (قرب المركز الأمريكي) مراكش

50, Rue Ibn aïcha, Résidence les huit palmiers N°39, 3ème étage (Près du centre américain)

Marrakech - Tél./Fax : 05 24 42 29 29 / En cas d'urgences