

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° W19-556543

59362

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08551

Société :

Royal Dev Dosec

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BRUKARNE TARIQ DRABE

Date de naissance :

18/05/1972

Adresse :

54 Rue Paris Apt 4 LABST

Tél. :

0661500451

Total des frais engagés :

280 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AGOUAMI
Médecine Générale
Expert Assémené
4, Rue Cham, Sidi Moussa-Sale
INPEC 05200

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Docteur AGOUAMI
Médecine Générale
Expert Assémené
4, Rue Cham, Sidi Moussa-Sale

Lien de parenté :

Conjoint
Lui-même
Enfant

Nature de la maladie :

Docteur AGOUAMI
Médecine Générale
Expert Assémené
4, Rue Cham, Sidi Moussa-Sale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Docteur AGOUAMI
Médecine Générale
Expert Assémené
4, Rue Cham, Sidi Moussa-Sale

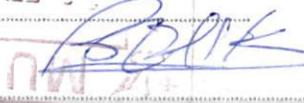
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 10/01/2010

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-556543

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Rue Beyrouth, Imm. 33 - Farakha Tél.: 05 37 72 08 35 INPE : 107	11/01/2024	1.5 = 60000	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

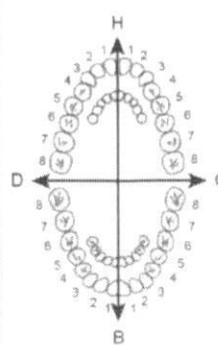
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AGOUMI Ismaïl

Médecine Générale

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

ECHOGRAPHIE GENERALE

1, Rue Cham Sidi Moussa - Salé

Tél: 05 37 78 27 70

Gsm: 06 63 63 19 32

E-mail: is.agoumi@gmail.com



الدكتور أكومي إسماعيل

الطب العام

خير ملطف لدى المحاكم

الفحص بالإيكوغرافية

1، زنقة الشام سيدى موسى سلا

الهاتف : 05 37 78 27 70

النقال : 06 63 63 19 32

البريد الإلكتروني : is.agoumi@gmail.com

Le ١٤/١٢/٢١

Mr / mme: *Betkra* *سارة*

P C R

Docteur AGOUMI Ismail
Médecine Générale
Expert Assermenté
4, Rue Cham. Sidi Moussa-Salé
INPE: 101003200

Facture n° 1A01153

RABAT LE : 16/01/2021

Référence: **1A01153**

Analyses effectuées le: 15/01/2021

Matricule:

Pour.....: **Mr. BEKKARI JAD**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 005A992



Organisme.....: **VOYAGE**

Bilan:

COVP=B500

Cotation : (B 500)

Montant Net : 600.00 **Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENTS Dhs 00 Cts

Laboratoire d'Analyses Médicales
BIO LAB
Rue Beyrouth - Imm. ESSAADA - N°4 - Rabat
Tél.: 05 37 72 08 35 - Fax: 05 37 72 08 74
INPE : 107.159.774