

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° W19-588311

60-601 CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9279	Société :	MUPRAS	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	11-11-1993
Nom & Prénom : BENDOURI MOUNA		Date de naissance : 13/01/1969 ACC	
Adresse : Habitatelle		Tél. : 05 22 20 45 45	
Total des frais engagés : 1070,40 Dhs			
Cadre réservé au Médecin : Dr. S. ABIR-KHALIL, Spécialiste des Maladies du Coeur et des Malades du Rés. My Ismail, Rue Soussa et Av. My Slimane, Entrée C, Angle Rabat			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/01/2021			
Nom et prénom du malade : 7-GENOROU Youne Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertension artérielle			
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) :

Le : 17/01/2021

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-588311
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 : 9279	Nom de l'adhérent(e) : BENDOURI MOUNA
Total des frais engagés : 1070,40 Dhs	
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
02/02/21 C			gratuit	<i>INP : 25533412 21433552 Rue My Ismaïl - Les Malades du Soussa - Entrée C, Angle Rue My Slimane</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/21	107,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

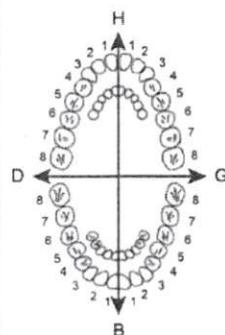
--

DEBUT D'EXECUTION

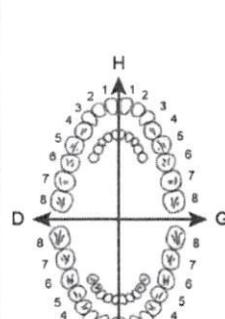
--

FIN D'EXECUTION

--



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DATE DU DEVIS

--

DATE DE L'EXECUTION

--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saadia ABIR-KHALIL

Professeur de Cardiologie de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat
Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Explorations Cardio-Vasculaires

INP 101099752

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة السعدية عابر خليل

أستاذة من كلية الطب والصيدلة

بالرباط

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

استكشافات القلب والأوعية الدموية

بالميعاد

Rabat, le :

02/02/2021

الرباط، في

201,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.T.
Ain seba Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B20
Cp Pel
PPV : 155,80 DH

6118001 082025

11me

Boulevard Mohammed VI

Rouiss

155,80

x 3 = 467,40

5 / 152,00

(D) APROVASC

$201,00 \times 3 = 603,00$

⑨

cup ()

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.T.
Ain seba Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B20
Cp Pel
PPV : 155,80 DH

6118001 082025

Travail

travail

107,40

Tel/Fax : 05 37 01 10 40
Avenue Mohammed VI, Km 18
Dr. IRGOURI Souda
PHARMACIE DES SUDS

201,00

اسماعيل - مدخل "C" - زاوية سوسة وشارع مولاي سليمان - قرب الولاية - الرباط

Résidence Moulay Ismail - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.

Tél. : Cab. : 05 37 72 01 96 - الهاتف : العيادة : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33 -Fax : 05 37 72 01 96 -fax

E-mail : prabircardio@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal-Rabat : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77