

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° W19-581945

62936

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3218

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Beljid Zainia

Date de naissance :

18/12/54

Adresse :

n° 101 EAU n° 39 Cité Ben Abdellah

Tél. :

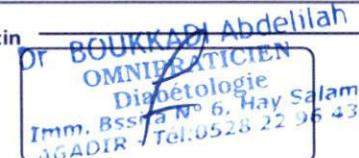
06 61 38 95 56

3715,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/01/21

Nom et prénom du malade :

Beljid Zainia

Age :

66 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. alaia

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.

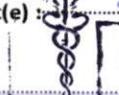
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Agadir

Le : 04/01/21

Signature de l'adhérent(e) :



10 MARS 2021



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-581945

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 :

3218

Nom de l'adhérent(e) :

Beljid Zainia

Total des frais engagés :

3715,10

Date de dépôt :

DBS

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
04/01/2021	C		1000 Dr	INP DR M. S. Hay Salam BOUKKARAB ABDERRAHMANE OMNIPRATICIEN Diabetologie Imm. Bssita N° 6, Hay Salam Tunis - Tel: 0528 22 96 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Khalil Lotfy Docteur en Pharmacie Bab El Khaldi Cité Dakha - AGADIR Tél : 05 28 27 09 99	04/11/2011	36.15.10 DH.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr .BOUKKADI Abdelilah

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de Médecine
et C.H.U. Ibn Sina Rabat

D.U. en Diabétologie

Université Paris 13

Médecine de Travail

Echographie

Médecin agréé pour la visite médicale

de permis de conduire

- Médecin expert -

Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam - Agadir -

Tél.: 05 28 22 96 43 - GSM : 06 67 69 71 33



الدكتور بقاضي عبد الله

الطبيب العام

خريج كلية الطب

والمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في علاج أمراض السكري

جامعة باريس 13

طبيب الشغل

الشخص بالصدى

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السيارة

- خبير طبي -

عمارة البسيطة رقم 6 حي السلام « فوق عجلات النجاح »

05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

Agadir, 04-01-2021

19.90 ♂ 7 - Belpj'd Faine
19.90 ♂ ① Metformine مفعول
19.10 ♂ ② Actrapid 1U - 2U 1U
19.20 ♂ ③ Crestor 80 mg
30.20 ♂ ④ Karbofil 2H
28.20 ♂ ⑤ Bandsteel One pack Select
29.20 ♂ ⑥ Aztrek 100 mg - 31.
29.20 ♂ ⑦ nil Creos 740 mg
34.10 ♂ ⑧ nil Creos 740 mg

Dr BOUKKADI Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
44, Rue El Kawakibi Cité Dakhaia - AGADIR
Tél. : 05 28 23 69 09

Dr BOUKKADI Abdel
OMNIPRATICIEN
Diabetologie
Imm. Bassita N° 6 Hay



Facture N° 20210219-774

Date de vente : 04/01/2021

Médecin traitant :

beljid zaina

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ONE TOUCH SELECT BANDELETTES B100	3	780,00	TVA (20.00%)	2 340,00

Total HT	1 950,00 DHS
TVA	390,00 DHS
Total	2 340,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille trois cent quarante DHS