

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

- Reclamation : 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° W19-578509

65492 CA



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHRI KAMAL

Date de naissance : 14/07/1975

Adresse : 11, rue Ibn Foumi Farah à Sattat

Tél. : 0661766475

Total des frais engagés : 1671,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2021

Nom et prénom du malade : KARIMI

Age : 46

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rétinopatie

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 : 05/03/2021

Le : 28/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578509

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 : 11463

Nom de l'adhérent(e) : DAHRI KAMAL

Total des frais engagés : 1671,60 Dhs

Date de dépôt : 28/03/2021

RELEVÉ 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
05/10/2013		22	200 x 22 = 4400	INP : <input type="checkbox"/> DR. BENSIMON ECOLOGIE - 02/10/2013 Clinique Riala levage 11/10/2013 13:31 12:83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Éducateur en Pharmacie que ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID	06/03/2023	287,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 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"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
					Montants des soins <input type="text"/>												
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>												
					Date de l'exécution <input type="text"/>												



فَدَالَّةُ كِلِّيْنِيْك
CLINIQUE FEDALA

Karim, Soun

Dr. BENSLIMANE BADIA

Gynécologie - Accouchement
Stérilité - Coelio - Chirurgie

Mohammedia, le :

06/03/2021
PHARMACIE ARAFA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
05.23.32.84.94

67,40

S.V.

Polyfynax

1 - l l l

89,00

vibr 2 -

S.V.

68,20

Gracial

S.V.

LOT N°

UT.AV:

P.P.V.

89,00
89 00

10 817,60

MAPHAR
POLYGYNAX 12 capsules vaginales
Km 10, route Céder 111 - Quartier industriel, Zenata
Ain Setif, Maroc
P.P.V. : 67DH40
6 118001 183739

Dr. BENSIMANE B
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
Clinique Fedala
5, Boulevard Mohamed V
Mohammedia - Tél 05.23.31.12.83



مَنْجَدَةِ فَدَالَّةِ
CLINIQUE FEDALA

Mohammedia le 06/03/2011

Dr. BENSLIMANE Bachir
GYNECOLOGUE - OBSTETRIC
Clinique Fedala
5, Boulevard Mohamed V
Mohammedia. Tél.: 05 23 31 12

Le Docteur

prie M. KARIM SIHA /

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui
présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

..... Cvr 8 mlg = 200 Dhs

..... Echographie = 200 Dhs

S'élevant à la somme de 400 Dhs

Dr. BENSLIMANE Bachir
GYNECOLOGUE - OBSTETRIC
Clinique Fedala
5, Boulevard Mohamed V
Mohammedia. Tél.: 05 23 31 12

