

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° W19-567885

CA
66876

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9801

Société :

RAM RABAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BROU Samira

Date de naissance :

Adresse : 202 Route Zemz Avenue M6 RABAT

Tél. :

0678488776

Total des frais engagés

150 + 290 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nahib EL BOUAKKADI
Médecine Générale
28, Hay Nahda II - Rabat
37 75 33 11

Date de consultation :

31/03/2011

Nom et prénom du malade :

Samira B RAU

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

otite + Arthralgie

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 : / /

MUPRAS

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-567885

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

ACCUEIL

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
10/2/2011	com	1	150,00	INP : 1011465128 Dr. najib EL BOURAIDI Médecine Générale N°283, Hay Nanda II - Rbdal 17-75-33-11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE AL ANDALOUS Av. Mohammed V Boudaïd 37750 37759207	31/13/2021	290,00

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	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.				

DR. NAJIB EL BOURAKKADI

الدكتور نجيب البورقادادي

Médecine Générale

Echographie

Ex-médecin

appelé des FAR

Médecin Agrée pour la visite
d'aptitude à la conduite

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مجند سابق بالقوات

المسلحة الملكية

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

Rabat le:

31/03/2021

الرباط في:

SAINTE BRAVE

M 1,20

1) - Zygog 500
 $148,80 + 3 = 151,60$

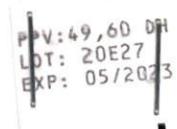
2) - Duree far
10m/s



D.R.E. C. 2021.03.31
N°283, Hay Nahda II / Rabat
Tél: 05 37 75 33 11



PHARMACIE AL ANDALOUS
31, Av. Mohammed VI Souissi
Tél: 05 37 75 01 / 05 37 75 94 07



Zinnat® comprimés 500 mg

Chaque comprimé contient
500 mg de céfuroxime sous
forme de céfuroxime axetil

10 comprimés

LOT V59A
EXP 05-2022

 GSK
GlaxoSmithKline

ID : 632794

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 141,20 DH

6 118001 141456