

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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° W19-445825

~~67800~~ CA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAIDI YOUSSEF

Date de naissance :

12/11/1988

Adresse :

Riad al Andalous, ALHARIBAA II 7me étage 8 apt 11

Tél. :

0661 395069

Total des frais engagés : 614,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



10 MARS 2021

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : SAIDI YOUSSEF Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



10 MARS 2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-445825

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 :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE PRESTIGIA ANDALOUSS HAY RYAD T - Tél.: 0537-57-15-84 000193334000037	10/3/21	364,00

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	

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

Dr. Fatima-Zahra MASROUR
Pédiatre

Ancien Médecin Interne au C.H.U de Lyon, France
Ancienne praticienne au C.H.U Avicenne, Rabat

- Diplômée en **Dermatologie pédiatrique**
(Faculté de Nice, France)
- Diplômée en **Nutrition pédiatrique**
(Faculté Paris Descartes, France)
- Diplômée en **Infectiologie pédiatrique**
(Faculté Paris V, France)

الدكتورة فاطمة الزهراء مسرور

إختصاصية في طب الأطفال والرضع

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ليون (فرنسا)

- اختصاصية في طب أمراض الجلد عند الأطفال
(كلية نيس - فرنسا)

- اختصاصية في التغذية عند الأطفال
(كلية باريز - فرنسا)

- اختصاصية في الأمراض التعسفية والمعدية عند الأطفال
(كلية باريز - فرنسا)

Rabat, le

10 MARS 2021

الرباط، في

Saida Louisa

364,00

JANVAY

1 day

PHARMACIE PRESTIGIA
RYAD AL ANDALOUS HAY RYAD
RABAT - Tél.: 0537 57-15-84
ICE: 000193334000037
INPE: 102063484

Dr. Fatima-Zahra MASROUR
Angle Av. Ibn Sinaa, Rue 16 Novembre 1^{er} Etage N° 2 Agdal - Rabat
GSM : 06 10 61 43 93 - 06 62 13 21 10 - Fax : 05 37 67 19 86



40 زاوية ابن سينا، زنقة 16 نونبر الطابق الأول، رقم 2 - أكدال - الرباط
40, Angle Av. Ibn Sinaa, Rue 16 Novembre 1^{er} Etage N° 2 Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 67 19 85/86 GSM : 06 10 61 43 93 - 06 62 13 21 10 - Fax : 05 37 67 19 86