

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° W19-593996

70802

C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6501 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAKKAL BRAHIM 02/01/62

Date de naissance :

LOT ANGALA N°58 TARGA RAK

Adresse :

Tél. : 0662889993

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DIOURI Med Jalil
Neuro-chirurgien
9, Rue Imam Malek Gueliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

Date de consultation :

13/02/2021

Nom et prénom du malade :

BAKKAL BRAHIM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Éléphant

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 : Le : 13/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-593996

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				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.02.21	C		3020	<p>INP : 150102011417</p> <p>Malak Gueily - Tél : 05 24 43 26 26</p> <p>150102011417</p> <p>Centre de Santé et de Recherche</p> <p>Rue Idriss Malak Gueily</p> <p>Centre de Santé et de Recherche</p>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

* 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 (Leave blank)	Nature des Soins (Leave blank)	Coefficient (Leave blank)	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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
B																							
G																							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Docteur Mohamed Jalil DIOURI
Neurochirurgien
■ Electro-encéphalogramme
■ Spécialiste des maladies du système nerveux
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور محمد جليل الديوري
■ اختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمد والفقري
■ التخطيط الكهربائي للدماغ
■ بحريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا

23/02/2021

Marrakech, le : مراكش في :

0 3 1 3 1 9 0 4 2 0
 PPV 9 0 D H 7 0

90,70

90,70
 0 7 2 6 2 0 0 7 2 3
 PPV 9 0 D H 7 0

- Alpraz 05 mg
 1/2 Comprimé, soir, pendant , 3 mois
- Esciplex 10 mg
 1 Comprimé le matin pendant , 3 mois
- Alperide 100 mg
 1 Comprimé, matin et soir, pendant , 3 mois

AS

AS

BAKKAL BRAHIM

PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

21 AVR. 2021

26,00 A.D. N. 302 H 4

90,70 N. 302 H 5

216,00

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

TEL/FAX : 05 24 34 18 77
 PHARMACIE SIDI DAOU
 Dr. EL OUNDANI Aicha

24, Route Taïga Sidi Daoou Targa
 Borj Targa Marrakech

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كلزي - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid N°2 - Guéliz Marrakech

Urgence : 06 61.16.36.39 المستعجل : 05 24.43.26.26 الهاتف : 05 24.43.26.26 Email : jalildouri@menara.ma

LOT 202850 1
EXP 11-2023
SP 2 35.70 + 7.00

40 T 400219 1
EXP 01 2023
PPV 126.00

1 2 5 9 2 0 1 1 2 3 ~
P P V 9 0 D H 7 0
go, go

L011 20158
EXP 06 2022
PV 126,00 26.00