

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

- 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° W21-604384

88435

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 7304

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : CHAHIDI EL SIAZZANI Abdellmalek

Date de naissance : 06 11 1963

Adresse :

Tél. : 0663 66006

Total des frais engagés : 603 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 JUIL. 2021

Nom et prénom du malade : ABDO fatih

Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : psychiatrie

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 : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-604384

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 : _____

Autorisation Contrat N° : A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE LARREIR Benkaria Larreir Dacoum Pharmacie 23, M.J.V. El Mejid CVM - Rabat 0527 79 86 71 - INPE : 10201202	01/07/21	603,00

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

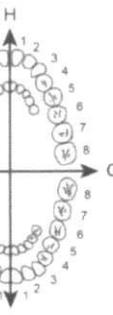
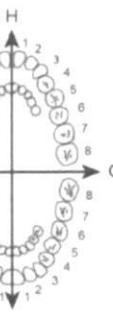
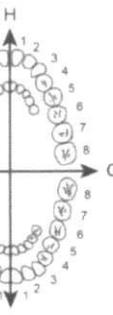
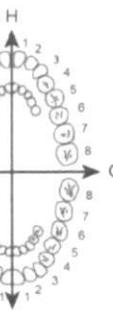
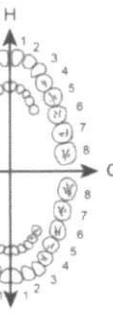
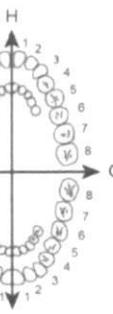
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	D
H	G																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B	D																			
		<input type="text"/> 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"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

د. مهدي طاهري جوطي حسني

Psychiatre
Psychothérapeute
Sexologue
Addictologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكي
أخصائي في علم الجنس
أخصائي في علاج الإدمان

Casablanca, le 01/07/2021.

Mme Abid fatiha

1/ Zoloft 50mg 3B de 60

20/10/23 - 02 le matin

= 603,00

PHARMACIE L'AVENIR
Boulevard Epoze ZAELI
Docteur en pharmacie
23, M3 Av. El Mejdi CIA, Rabat
Tel : 0537 79 88 71- INPE : 102912424

traitement de 3 mois.

PN dans Réservis

PHARMACIE L'AVENIR
Boulevard Epoze ZAELI
Docteur en pharmacie
23, M3 Av. El Mejdi CIA, Rabat
Tel : 0537 79 88 71- INPE : 102912424

Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi
Psychiatre - Psychothérapeute
Sexologue - Addictologue
Angle Av. 2 Mars et Boulevard El fida

Prochain Rendez-vous

Date : 23/03/2021

Heure : 15:00

UT . AV : 01 2021 P.P.V
201 00

LOT N° : 1301704
201,00

UT . AV : 01 2021 P.P.V
201 00

LOT N° : 1301704
201,00

UT . AV : 01 2021 P.P.V
201 00

LOT N° : 1301704
201,00

Répondre à tous | ✓

Supprimer Courrier indésirable | ✓

...

X

RE: Fwd:



Abdelmalek Chahidi ouazzani <chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com>

jeu. 09/09/2021 16:36

RFM MUPRAS

Répondre à tous | ✓

Boîte de réception

Ok je vous transmettre autre version

Merci bcp coop

Le 9 sept. 2021 15:05, "RFM MUPRAS" <rwm@mupras.com> a écrit :

Bonjour,

Votre dossier est illisible, merci de nous envoyer une version lisible.

Cordialement.

De : Abdelmalek Chahidi ouazzani <chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com>

Envoyé : mercredi 8 septembre 2021 18:00:31

À : RFM MUPRAS

Objet : Fwd:

Bonjour

Je vous remercier pour traitement

Mme 7304 FM Numéro W21604384

MSLTS

----- Message transféré -----

De : "Abdelmalek Chahidi ouazzani" <chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com>

Date : 8 sept. 2021 12:10

Objet :

À : <chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com>

Cc :

*Dossier déjà envoyé par mail à RFM @ mupras.com
le 08/09/2021*