

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-606938

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **CASA** / **4178** / **91323**

Matricule : **4178** Société : **91323**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **IBRAHIM EL CHAM**

Date de naissance : **01/04/1962**

Adresse : **37 Rue Filal N = 22 CLC**

Tél. : **06627 14016** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie : _____

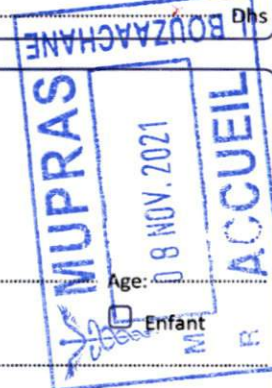
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-606938

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 : _____

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>10/09/21</p> <p>AMBULANCE INTERNATIONALE S.A.R.L. N° 5, Mosquée Al Kawtar Quartier 5, Nouadhibou</p> <p>10/09/21</p>						<p>10/09/21</p> <p>AMBULANCE INTERNATIONALE S.A.R.L. N° 5, Mosquée Al Kawtar Quartier 5, Nouadhibou</p> <p>10/09/21</p>

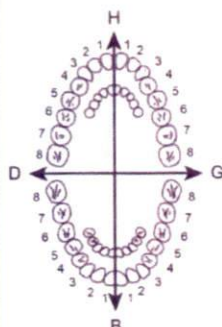
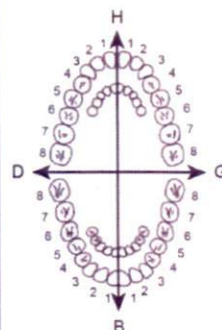
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, 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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ELLOUGANI Rime

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Casablanca
Spécialiste en Médecine
du Travail



د. اللثاني ريم
الطب العام
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
اختصاصية في طب
الشغل

Casablanca, le : 10/09/2021 في الدار البيضاء

Monsieur GHANIMI NORTAH

Patient covid 19 sous suivi

nécessitant un déplacement

avec ambulance pour consultation

Mon Invalide

de la clinique JERARDA

à la clinique Bagdad

ELLOUGANI RIME
Médecin Généraliste
Adresse: Route 1029 Sidi Maarouf
Résidence Al Hawid XI Imm B2 Anj B2
Tél: 0522 97 68 14 GSM: 0617 21 57 12

ELLOUGANI RIME
Médecin Généraliste
Adresse: Route 1029 Sidi Maarouf
Résidence Al Hawid XI Imm B2 Anj B2
Tél: 0522 97 68 14 GSM: 0617 21 57 12



AMBULANCE INTERNATIONALE sarl

Siege : Numéro 5, Mosquée Al Kawtar,
Commune Ouled Salah, Province de Nouaceur, Maroc
Tél : +212661622234 Email : ambulance.internationale@gmail.com site web : www.ambulance.internationale.com

Casablanca, le 10 Septembre 2021

Patient GHAMIRI Mostafa

Facture N° 010/2021 AI/GMO

Objet : transport du **Patient Gamiri Mostafa**.

Transport en ambulance

De la patiente de la clinique Jrada vers clinique Longchamps le 10 Septembre 2021

Infirmière et VNI

Forfait 1 800 dhs

- *La présente facture est arrêtée à la somme de Mille huit cent dirhams*
- *En votre aimable règlement*

A. Ouameur
Général Manager

AMBULANCE INTERNATIONALE
S.A.R.L.
Local N° 5, Mosquée Al Kawtar
Commune Ouled Salah, Nouaceur
Tél: 0522.39.39.09