

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 V et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél.: 05 20 45 20 66 - Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-658738

96902

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 432		Société : RETRAITE QUARTI MECAPHA	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : QUARTI MECAPHA			
Date de naissance : 11/11/1939			
Adresse : 49 Rue AC BAGHDAD 177 15597 RABAT 10000			
Tél. 0661144243 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Docteur ABBOUR Mohamed Médecine Générale Médecine du Sport Bd. Bagdad 177 bis, Ain Chok Casablanca - GSM : 0678 45 11 00	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Articulaires	
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) :



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
12/12/2021	c		<i>(Signature)</i>	INP : 091000163 Docteur ABBOUR Mohamed Médecine Générale Médecine du Sport

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.12.24	978.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B																
	G	35533411	11433553														
	CŒFFICIENT 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

Docteur ABBOUR Mohamed

Médecine Générale

Titulaire du diplôme Universitaire

de médecine du Sport de Renne en France

Medecin agréé pour la délivrance des certificats

medicaux pour l'obtention du permis de conduire



الدكتور عبور محمد

الطب العام

حاائز على شهادة جامعية في الطب الرياضي

برين بفرنسا

طيب مرخص لمنع الشوادر الطبية

للحصول على رخصة السياقة

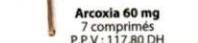
Arcoxia 60 mg
7 comprimés
P.P.V: 117,80 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 451/16DMP/21/NTO



P.P.V: 117,80 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 451/16DMP/21/NTO



Arcoxia 60 mg
7 comprimés
P.P.V: 117,80 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 451/16DMP/21/NTO



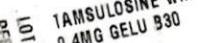
Arcoxia 60 mg
7 comprimés
P.P.V: 117,80 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 451/16DMP/21/NTO



Arcoxia 60 mg
7 comprimés
P.P.V: 117,80 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 451/16DMP/21/NTO



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



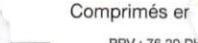
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V: 98DH00

