

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

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° M21- 0021855

22/03/2022

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOUR MOHAMMED

Date de naissance : 25/04/1967

Adresse :

Tél. 0661296244 Total des frais engagés : 502,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

INSTITUT KHA LAAYOUNE
DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE
7, Av. ALHAOUZ, Bureau N° 2
Takaddoum - Rabat
Tél : 0537 65 05 86 - 0641 88 00 74
INPE : 101271708

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2022

Nom et prénom du malade : EL KATMOUR MOHAMMED

Age : 55

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cane plantaire

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 : 21/03/2022

Le : 21/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-0021855

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 : 8902

Nom de l'adhérent(e) : Mohamed

Total des frais engagés : 502,60

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
21/03/2022		CS	300 DT	DERMATOLOGUE VENEROLOGUE Dr A. AHAOUZ, Bureau N° 2 Takaddoum - Rabat Tél : 0537 15 05 86 - 0641 83 00 74 INRE : 101271708

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Abdelfatah My Mousa Pharmacy Al FARAKA Med. Hrs: Al-Aliya Patel Phone: 0537 631184 04124</i>	<i>21.3.22</i>	<i>222.60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

VIOLET 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.

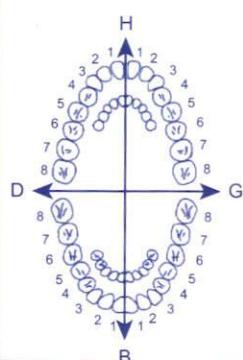
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'implant.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Docteur Mehdi
Khallaayoune**

7, avenue Al Haouz, 1er
étage numéro 2, Takaddoum,
0537650586
Rabat

87,30

LOT: 006
PER: 05/24
PPV: 20130

87,30

LOT: 006
PER: 05/24
PPV: 20130

28,00

LOT: 210784
PER: 05-2024
PPV: 28,00DH

1. Coccidine crème

1 application par jour en couche épaisse puis couvrir par un pansement stérile pendant 10 jours

$87,30 \times 2 = 174,60$

2. Dermofix crème

1 application par jour sur les espaces inter-orteils pendant 4 semaines

22,60

Dr Abdoujelil My Hossan
Pharmacien AL BAKA
26 Bis Rue Daudet
Tel: 0537 506724 Fax: 0537 632704
INPE: 102204124

Dr. Mehdi KHALLAAYOUNE
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
7, Av. ALHAOUZ Bureau N°2
Tél : 0537 65 05 86 - 0641 85 00 74
INPE : 102217708