

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

- 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 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-710520

Couleur

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9278	Société : MOUNA	120189	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN DOURO			
Date de naissance : 13/10/1969			
Adresse : Habib Bourguiba			
Tél. : 0661460111	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : 7-Ben Doudou	
Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : H.T.A	
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 : **23/06/2022**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-710520
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 : **9278**
 Nom de l'adhérent(e) : **Ben Doudou**
 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
28/03/2022	C			<i>[Handwritten signatures and initials]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures and initials]</i>	25/03/22	562,10 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

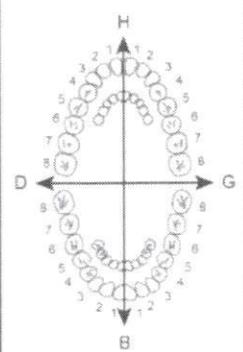
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				INP : []
				Coefficient des travaux : []
				Montants des soins : []
				Début d'exécution : []
				Fin d'exécution : []
				Coefficient des travaux : []
				Montants des soins : []
				Date du devis : []
				Date de l'exécution : []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saadia ABIR-KHALIL

Professeur de Cardiologie de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat
Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Explorations Cardio-Vasculaires

INP 101099752

SUR RENDEZ-VOUS



Rabat, le : 25/03/2022 الرباط، في :

Mme BENDOURO Mouna

1) Irvel 150mg

1c/j

2) Esac 20mg

1c/j

TR de 3 mois

Pr. S. ABIR-KHALIL
Spécialiste des Maladies du
Cœur et des Vaisseaux
Rés. My Ismaïl, Entrée C, Angle
Rue Soussa et Av. My Slimane
Rabat

PHARMACEUTIQUE - ARDINI
Avenue Moulai Ismaïl - Entrée C, km 18
Dr. JAFAR - Tel/Fax : 05 37 01 10 40
Résidence Moulay Ismaïl - Entrée C, Angle
Rue Soussa et Av. My Slimane

عمارة مولاي اسماعيل - مدخل "C" - زاوية سوسة وشارع مولاي سليمان - قرب الولاية - الرباط

Résidence Moulay Ismail - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.

الفاكس : Tél. : Cab. : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33 - الهاتف : Fax : 05 37 72 01 96

E-mail : prabircardio@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal-Rabat : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

120,00

501214C
■■■■■

120,00

501214C
■■■■■

120,00

501214C
■■■■■

120,00

501214C
■■■■■

82,10

LOT 2110
02/040
01HQ28 VIT

