

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

- Reclamation : 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° W21-647222

par
Chouani

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2563			
Société : RETRAITÉ			
Nom & Prénom : AHMED CHENNAOUI			
Date de naissance : 30-06-1946			
Adresse : 16, Barj 1, Essaouira			
Tél. : 06 21 71 71 09 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique allergie

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-647222

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par 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
28-06-2011	600	100	100	INP : 2011-3372

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
8-6-22	18/06/2022	PHARMACIE RALEFF Montant à payer au guérison 7315100 05 24 47 42 32

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

<p>Le praticien est prié ci-dessous de préciser</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies</p>		<p>RI 0,25 mg/ml</p> <p>Zalerig 0,25 mg/ml</p> <p>Lot / Fab / EXP</p> <p>2027 08 2021 08 2023</p> <p>25323104</p>	
<p>SOINS DENTAIRES</p>		<p>De Trait</p> <p>DES TRAVAUX</p> <p>6 118001 070244</p> <p>con collyre de 3 ml A.M. N° 103DMP/21/NCV Laboratoires Sothema PPV : 22,60 DHS</p> <p>Remboursable AMO 4068/55</p> <p>DEBUT</p> <p>6 118001 102495</p> <p>ZALERG 0,25 mg/ml Collyre 5 ml - PPV : 22,60 DHS Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien Responsable : Arpinet</p> <p>6 118001 070244</p> <p>Flucon collyre de 3 ml A.M. N° 103DMP/21/NCV Laboratoires Sothema PPV : 22,60 DHS</p> <p>Remboursable AMO 4068/55</p> <p>DES TRAVAUX</p>	
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		<p>DETERMINATION DU CCEFFI MASTICATOIRE</p> <p>H 25533412 21433552 00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>			



Le : 08/06/22

Mr. CHENNOUNI

Ahmed

22/06/ flucon

right x 41 j. PAF 5 j

Pris right x 31 j

Pris right x 21 j

21 Federg

25,70 right x 21 j

31 Katin right

app 1 j

83.

✓ 83, 55

Dr. ALAKHAWYNE ABDELWAHAB
Clinique Al Akhawayn
13 quartier des dunes
Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44

Pharmacie AZLEF
Dr. Rachid BIADI
71, route N° 100, Agadir
Tel: 05 24 47 25 31



مصححة الأخوين

Clinique Al Akhawayn

NOTE D'HONORAIRES

ESSAOUIRA LE	08/06/2022	
PATIENT	CHENNOUNI AHMED	
ACTE	MÉDECIN	MONTANT
CONSULTATION	Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB	300
	TOTAL	300,00 Dh

CLINIQUE AL AKHADRA
13, quartier des dunes
Avenue Al Agaba
44000 ESSAOUIRA
05244-73144 / 052478-338

NOTE D'HONORAIRE

PAT012504 - 08/06/2022 15:23:06

CHENNOUNI AHMED - 1179€

Dr. ZOUHAIR OPHTALMO
(PER0112)

CONSULTATION - 300dh

Total : 300,00dh

Mode de Paiement : ESPECES

Recu : 300,00dh

Rendu : 0dh

MERCI DE VOTRE VISITE