

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 radigs 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 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° W21-722470

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5081	Société :	Co 126 185	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : EL AAMMOUI BADIA	
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. :	
		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Docteur Faika TAOUD Médecine Générale Diplôme d'Échographie Générale 17, Rue Ahmed Chaouki Tél. : 0539 93 44 58 Tanger	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 09 AOUT 2022	
Nom et prénom du malade : EL AAMMOUI Badia Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HJA	
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° W21-722470

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 : _____

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
9 Aout 2022	C	1	150 Dhs	INP : 16/133246 Docteur Faika TAOUFIK Médecine Générale Diplôme d'Échographie Générale Ahmed Chaouki EM Tanger

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-08-98	348.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

BELEVE 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'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			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		[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 Faika TAOUD

Expertise Assermentée auprès des Tribunaux

Médecine Générale

Diplôme d'Échographie Générale

(Faculté de Médecine de Montpellier - France)

الدكتورة فائقة الطود

خبيرة ملحوظ لدى المحاكم

الطب العام

دبلوم التشخيص بالإيكوغرافيا العامة

(كلية الطب بمنبولي - فرنسا)

Tanger, le 11.08.2022 طنجة في

LOT: 305
PER: OCT 2023
PPV: 114 DH 30

M. EL RAMMOUDI Bachir

LOT: 312
PER: JAN 2024
PPV: 114 DH 30

11u. 30x3
Coagins 5/12,5
M. 6. + 3 mm S

T: 3u 2.90



Docteur Faika TAOUD
Médecine Générale
Diplôme d'Échographie Générale
17, Rue Ahmed Chaouki
Tél.: 0539 93 44 58 Tanger

Pharmaceutical Institute
P.S. 203 OUM AZZA - Region Tâbâa
LOT: 297
PER: MAI 2023
PPV: 114 DH 30



الخطوط الملكية المغربية
royal air maroc



CARTE DE VEUVE

EL AAMMOURI BADIAA
VEUVE BENMESSAOUD LEFT YASSIN

Matricule: 0005081

