

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 vignette, 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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-728229

par
colwin

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1999		Société : 129899	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELGHAZOULI RABIA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Rahim KADA Docteur Spécialiste en O.R. 10, Rue Jbel Moussa, Appt. N° 1er Etage, Agdal - Rabat Tel.: 05 37 07 12 45 </div>			
Date de consultation : 31.8.22			
Nom et prénom du malade : ELGHAZOULI RABIA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ELGHAZOULI + RABIA			
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° W21-728229	
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
3/1/81 12	CS B.C. KLO	CG	3000.00	INP : 1091407816 Dr. Rahim KHALI Docteur Spécialiste en O.R. 10, Rue Jbel Moussa, Appt. 11 1er Etage, Agdal, Rabat 05 31 77 13 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

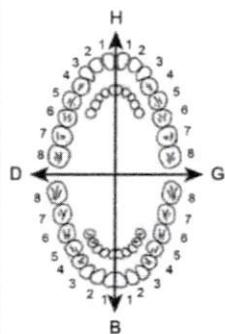
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

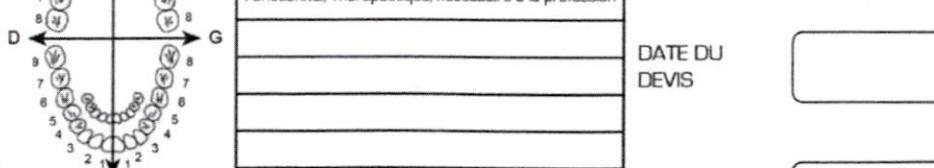


ODF PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel

de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat

Spécialiste en Otto-Rhino-Laryngologie

et Chirurgie Cervico-Faciale

Médecin Expert en Médecine Aérospatiale

AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

ORL

الدكتور رحيم قادة

طبيب اختصاصي سابق

بالمستشفى العسكري بالرباط

اختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن والأذن والحنجرة والعنق

أطفال - كبار

INP : 101108736

ICE : 001679679000047

Rabat le : 31. 8. 22 الرباط في

Nom du Patient : EL SHAZOURI Rabia

Poly deoxa

1 goutte OD + OG

le matin x 4.

Dr. Rahim KADA
Docteur Spécialiste en O.R.L
10, Rue Jbel Moussa, Appt. N°3
Ter Etage, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 13 45

10, Rue Jbel Moussa, Appt. 3, Agdal - 10080 أڭادل ، الرباط 10080 زنقة جبل موسى شقة 3

Tél : 05 37 67 13 45

Fax : 05 37 67 13 48

الهاتف : 05 37 67 13 45

الفاكس : 05 37 67 13 48

Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel
de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Médecin Expert en Médecine Aérospatiale
AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

ORL

الدكتور رحيم قادة

طبيب اختصاصي سابقاً
بالمستشفى العسكري بالرباط
اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن والأذن والحنجرة والعنق
أطفال - كبار

INP : 101108736

ICE : 001679679000047

Rabat le : 31-8-92 الرباط في

FACTURE

Nom du Patient : EL GHAZOUCI RABIA.

Ablation de bouchon de
ceris OD + OG : K1 = 300,00 ₣

Dr. Rahim KADA

Docteur Spécialiste en O.R.L.
10, Rue Jbel Moussa, Appt. N°
1er Etage, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 13 45

10, زنقة جبل موسى شقة 3، 10080 أكدال ، الرباط
الهاتف : 05 37 67 13 45
Fax : 05 37 67 13 48