

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-718422

Maladie Dentaire Optique Autres

14/1607

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DOUTABAA CHAKIR

Date de naissance : 30-04-56

Adresse : LOT N°1551 ZMM9 APP4
MARRAKECH

Tél. : 0664170565 Total des frais engagés : 250+616,70+350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HIND EL AASSRI
Médecin Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
et Nutrition
A. Abdulkrim Khattabi, Res. Rokaya N° 30 B
Marrakech - Tél: 05 24 44 77 88 - GSM: 06 63 80 62 08

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2022

Nom et prénom du malade : DOUTABAA CHAKIR Age: 66

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : MARRAKECH Le : 23/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-718422

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 : 4748

Nom de l'adhérent(e) : DOUTABAA CHAKIR

Total des frais engagés : 250+616,70+350

Date de dépôt : 20-12-2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

RELEVÉ 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
14.09.22	S.P	1	Gratuit	
23.09.22	C.S	1	200	

INP: 071170989
Dr. Hind EL AASSRI
 Médecin Spécialiste en Endocrinologie,
 Diabétologie, Maladies Métaboliques
 et Nutrition

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/22	616,70 F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
14.09.22	6340 + P	350,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

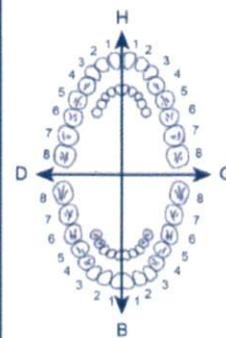
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DATE DU DEVIS <input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

45,70

Mme DOUTA BAA CHAKIB

45,20
23,90 x 3

57,80 x 4

31,30 x 4

1) GLUCOPHAGE 850 (4 MOIS)
1-1-1 (après)

2) LD-NOR 10 (4 MOIS)
0-0-1 (au coucher)

3) ZYLORIC 200 (4 MOIS)
0-0-1 (après)

4) VOLTARENE 75 SR (3 JO)
1cp matin et soir après les repas

5) RELAXOL 2/500 (3 JOURS)
1-0-1 (après repas)

6) BELMAZOL 20 (3 JOURS)
1-0-0 (avant repas)

SV SV

SV SV

SV SV

Pharmacie de Marrakech
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Mellah
Tel / Fax : (+212) 05 24 44 00 38
e-mail : dh.delacroix@orange.ma

LOT 213576
EXP 11/2015
PPV 31.30

LOT 213576
EXP 11/2015
PPV 31.30

LOT 221348
EXP 05/2026
PPV 31.30

LOT 222185
EXP 06/2026
PPV 31.30

LOT : 220042
EXP : 07/2025
PPV : 57.80DH

LOT : 220579
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

Pharmacie de Marrakech
Terminal 1 Aéroport Marrakech - Mellah
Tel / Fax : (+212) 05 24 44 00 38

Dr. Hind EL AASSRI
Medecin Specialiste en Endocrinologie
Diabetologie, Maladies Metaboliques
et Nutrition
A. Abdelkrim Khattabi, Rés. Rokava N° 30 B
Marrakech - Tel. 05 24 44 77 88, GSM : 06 63 80 62 08

RDV

CS le,

LOT 221260
EXP 09/2027
PPV 23.90DH

LOT 221260
EXP 09/2027
PPV 23.90DH

LOT 221260
EXP 09/2027
PPV 23.90DH