

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

M22- 0050464

MD 2023
150202

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Haydene Touria vive Bernadette

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Touria Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 M22-0050464

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 :

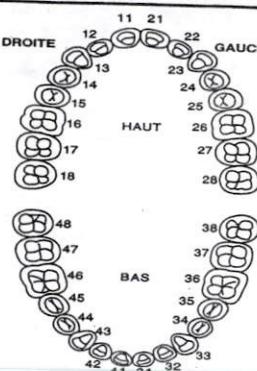
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

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

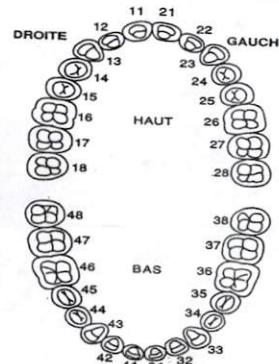
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D 00000000
35533411 G

00000000
11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° **P 14/0015426**

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



Mle

Cachet
MUPRAS



P 14/0015426

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle : **429**

Nom & Prénom : **SA**

Fonction

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient : **RAOUF HAYOUN**

Adhérent Conjoint Enfant Age : **1940**

Date : **12 JAN 2023**

Date 1ère visite : **12 JAN 2023**

Travis urinaires

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritanie Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 44 88 53
ICE: 00182490000045
Signature :

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Cs

100,-
200,-

PHARMACIE

Date : **17/11/23**

Montant de la facture

324,00

SIGNATURE

PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DERHALIA
N° 100 AV. Palestine Marrakech
Tél: 05 24 30 28 78

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : **17/11/23**

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Docteur SAADI

Spécialiste

Chirurgie Urologique Andrologie

Marrakech, le :

12 JAN. 2023

LOT : 2685
PER : 08-25
P.P.V : 108 DH 00

LOT : 2685
PER : 08-25
P.P.V : 108 DH 00

LOT : 2685
PER : 08-25
P.P.V : 108 DH 00

M. BENHAYOUN
Tunis

VECA 5

108.00 X3

324.00



sur 4
95% 3 m⁵

PHARMACIE MOHAMMADIA
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

صيادلة المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 001852448853

CABINET D'EXPLORATIONS UROLOGIQUES

Dr SAADI

Chirurgie urologique PMA

Echographie vésico rénale

Nom : BENHAYOUN Touria

12 JAN. 2023

REIN DROIT :

Est en position lombaire normale avec un axe bipolaire de 97 mm.

Cavités urétéro-pyélo-calicielles fines

Il n'a pas été relevé de lithiase ni kyste cortical .

La différentiation cortico-sinusale est conservée

LE REIN GAUCHE :

Est en position lombaire normale avec un axe bipolaire de 101 mm.

Ses cavités urétéro-pyélo-calicielles sont fines.

Il n'a pas été relevé de lithiase ni kyste cortical .

La différentiation cortico-sinusale est conservée.

LA VESSIE :

La paroi est fine sans RPM, la capacité normale et le contenu transsonique.

Il n'a pas été mis en évidence de lésion pariétale endo-luminale suspecte.

Zone cervicotrigonale et méatique libres

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 44 62 53
ICE : 001852448853044