

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 doit 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

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



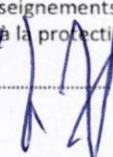
Déclaration de Maladie

N° W21-775849

15398100 en

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 6501		Société : Ray	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ISAKK AL BRAHIM			
Date de naissance : 03-01-62			
Adresse : LOT AMGALA N° 58 TARGA RAK			
Tél. : 0662 88 99 92		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. M. BEKKHAL BRAHIM Spécialiste en Dermatologie 100, Avenue Mohammed V 23 Résidence Dar El Hédi Casablanca 20100 Tel: 05 24 49 33 26			
Date de consultation : 02/10/21/23			
Nom et prénom du malade : Bekhal Brahim Age: 60 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : hyperkétose plantaire + dermatophytie			
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 : MARRAKECH
 Signature de l'adhérent(e) :

 Le : 07/03/2023

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-775849	
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
06.01.23 CS			250 DH	INP : 071854577
16.01.23 Ch			0 DH	
25.01.23 Ch			0 DH	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE						
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 : <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 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
				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"/>		
				[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						

Dr. Mariam EL ALAOUI

Spécialiste en Dermatologie
et Médecine Esthétique

Diplômé de la Faculté de médecine
et de Pharmacie de Marrakech
Ancien Médecin du CHU Med VI
de Marrakech



الدكتورة مريم العلوي

اختصاصية في أمراض

الجلد وطب التجميل

خريجة كلية الطب

والصيدلة بمراكش

طبيبة سابقة بالمستشفي

الجامعي محمد السادس بمراكش

Marrakech, le: 02/01/23

Brahim Bekkal

LOT: 221136
PER: 09-2024
PPV: 70,00DH

40.00.

1) Teguma

1 amp x 2

LOT 22001
PER 01/25
PPV 111000

SV

111.00.

2) Terfie 250 mg

1 amp qd + 15 j

SV

141.00.

3) Xerial 50%

1 amp le soir

SV

SV

SV

شقة 23 الطابق 3 اقامة دار الهباء المسيرة 1 شارع الداخلة (احباس، أمام البنك الشعبي، قرب القنطرة سابقا) مراكش

📍 APPART 23 - 3^{ème} ETAGE - RESIDENCE DAR ELHANA - MASSIRA 1 D63 bd DAKHLA

(AHBASS EN FACE DE LA BANQUE POPULAIRE) Marrakech

📞 05 24 49 33 26 - 📞 06 14 25 58 19 - 📩 mariamalaoui1989@gmail.com

4) Nycoder — poudre

l'age / j sur l'ITO polt

2 me

49,00



401,00.

PHARMACIE BORJ TARGA
Dr. AOUAIGUE MELANYA
Route Targa 1093 - Marrakech
Boulevard 1er Mai
Tel: 05 24 34 34 60