

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-779311

Co

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7942**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ABBADOUY - Samira**

Date de naissance : **05 - 02 - 1967**

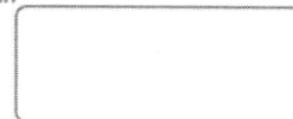
Adresse : **R. A. M 04108**

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Abbadouy Samira** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Autoplastie papillaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



22, 2023

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-779311

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 Examen des Actes
28/02/23	C.I.S	Gratuit		INP :  Dr Aissa Professeur Chirurgie Médecine Anesthésie RÉQUEOU 08 12 2023 Signature

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chèque du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/23	237,95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

A circular diagram showing the numbers 1 through 16 arranged in a circle. The numbers are positioned as follows: top (H), 1, 2, 1, 2; middle row, 3, 2, 1, 2, 3, 4; inner ring, 5, 4, 3, 5, 6, 7; outer ring, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4; bottom (B), 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Arrows indicate a clockwise direction around the circle.

COEFFICIENT
DES TRAVAILX

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

Oujda le : 28/02/2023 و جهة في :

Me Samira Abbennij

98,0°

Zeros + 1g

22,20

Coddijee

40° in

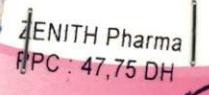
Eff. per sq. m. by
349

$10,00 \times 3$

9875

Serum

~~T-237-15~~



7, Rue Lieutenant belhoccine. Oujda - MAROC, Tél : 05 36 68 78 16 / 17 - Fax : 05 36 68 78 20
E-mail : clinique.est.oujda@gmail.com

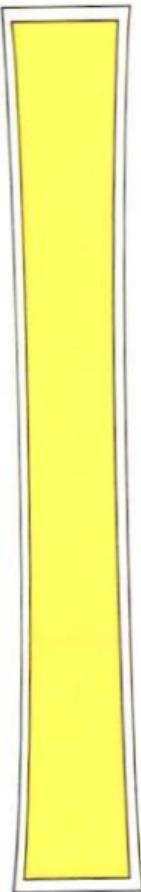
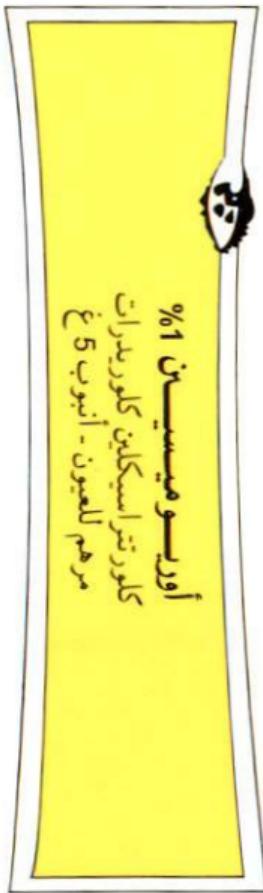
100x28x16,5

AUREOMYCINE
1%



Z.I. du Sahel, Had Souleiman - Maroc

PROMOPHARM S.A.



AUREOMYCINE 1% Tube de 5 g
Pommade ophtalmique PROMOPHARM S.A.

6



2CS0060.V01

02

LOT : 22039
PER: 10/25
PPU: 180H00



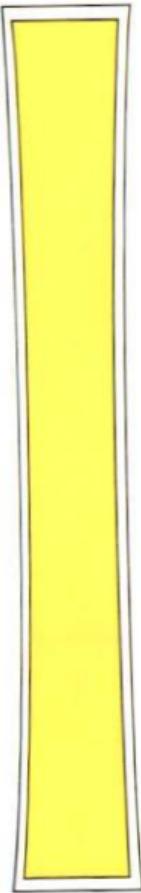
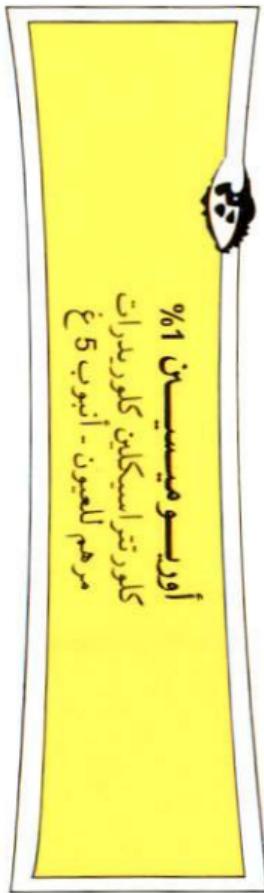
100x28x16,5

AUREOMYCINE
1%



Z.I. du Sahel, Had Souleiman - Maroc

PROMOPHARM S.A.



AUREOMYCINE 1% Tube de 5 g
Pommade ophtalmique PROMOPHARM S.A.



2CS0060.V01

02

LOT : 22039
PER: 10/25
PPU: 180H00



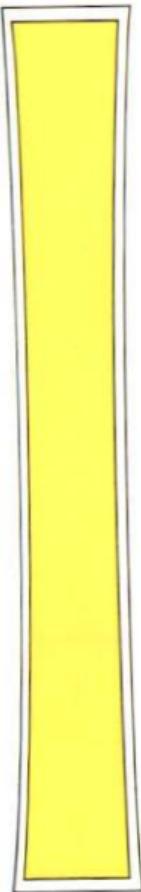
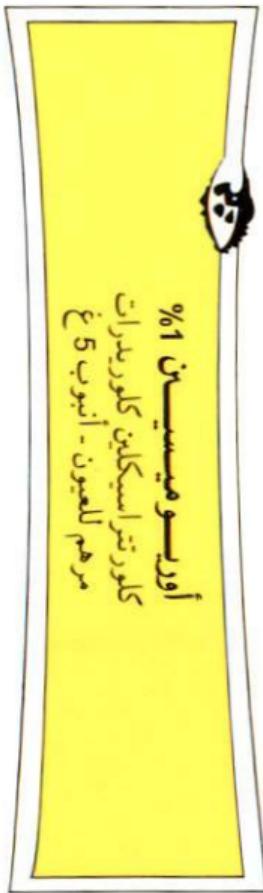
100x28x16,5

AUREOMYCINE
1%



Z.I. du Sahel, Had Souleiman - Maroc

PROMOPHARM S.A.



AUREOMYCINE 1% Tube de 5 g
Pommade ophtalmique PROMOPHARM S.A.

6



2CS0060.V01

02

LOT : 22039
PER: 10/25
PPU: 180H00

