

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

- 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° W21-701515

AS6892 Cox (16)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 1135 Société : Royal Air Maroc			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAIK - HAL Mohamed			
Date de naissance : 11/11/1944			
Adresse : 1284 lot Saada - Ménara Marrakech			
Tél. : 05 24 43 24 83 Total des frais engagés : 1116,70 Dhs 4416/70			

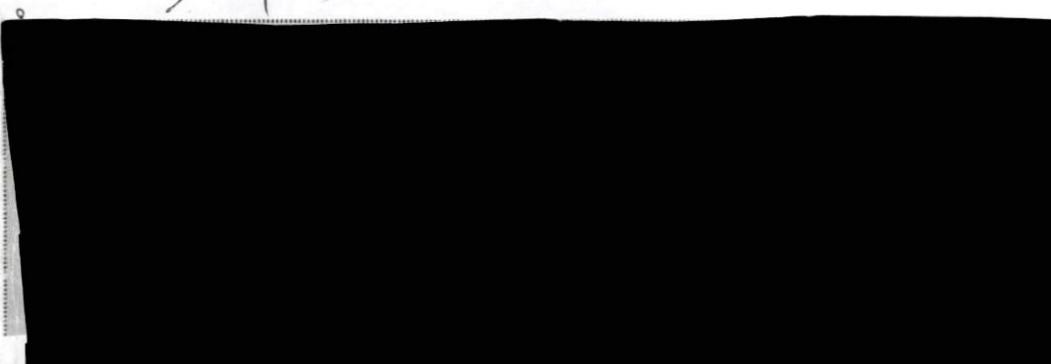
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin : DR. LAPOINTE CLAUDE MOHAMAD MEDECINE GENERAL 410, El Massar App. N° 3 - Marrakech</p> <p>Date de consultation : 15 MARS 2023</p> <p>Nom et prénom du malade : diabète HTA vessie instable</p> <p>Age: 79</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : diabète HTA vessie instable</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>		

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/03/2023



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
15 MARS 2023		C	100,00	071081897 الدكتور محمد رشاد الطبيب العام DR. LAPOINTE CLAUDE MOHAMAD RACHA MEDECINE GENERALE El Massar Apt. N° 3 Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA 19 JUIN 1792 MENARA MARRAKECH 05 24 44 79 89	15/03/23	1016,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Lapointe Claude Mohamed Rachad

Médecin Généraliste
Diplômé de l'Université
de Laval Quebec Canada
Ancien Médecin-Chef Amizmiz

الدكتور لبوانت كلود محمد رشاد

الطب العام

خريج كلية لقال كبيك كندا
طبيب رئيسي سابق بأمزمزم

15 MARS 2023

Marrakech le : مراكش في :

Lakk-Hal Mohamed

50.70 X 3

Cardensit 2.5 mg

50.00 X 2

Genpress 2.5 mg 1/2 amp le Matin

51.10 X 3

A manul 1 mg - 1 amp. le Matin

108.40 X 3

Veca 5 mg 1 amp le Matin

23.90

45.20 glucophage 80 mg 1 amp le soir

49.40 X 3

14.00 X 5 ^{الدكتور لبوانت كلود محمد رشاد}
LAPONTE CLAUDE M. RACHAD
MEDECINE GENERALE N°3 Marrakech
41- El Massar Apt. N°3 Marrakech

Traitement de 3 mois

PHARMACE DE LA BASE
JOINTURE 1000 mg
MENAJA
05 24 44 79 89

Doliprane 1000 mg + 56 tabs

1 amp 102 X 10 amp

an lasem

الدكتور لبوانت كلود محمد رشاد

الطب العام
LAPONTE CLAUDE MOHAMED RACHAD

416, AL Massar Apt 3, Route de Safi près du marché de gros des légumes - Marrakech

Tél : 05 24 35 81 61 - GSM : 06 67 99 15 64 / E-mail : medrachad@yahoo.fr

Cardensiel 2,5 mg



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

Genpress 2,5 mg.

Genpress® 2,5 mg

30 Comprimés



6 118000 130765

Genpress® 2,5 mg

30 Comprimés



Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 080633

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

AMAREL 1MG

CP B30

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

LOT : 21E001
PER. : 10/2024

AMAREL 1MG

CP B30

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

AMAREL 1MG

CP B30

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

Doliprane

1000 mg