

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-782282

(A 59873)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1324

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAVAI LATIFA

Date de naissance :

23 / 12 / 1951

Adresse :

TOUL HASSAR RABAT

Tél. :

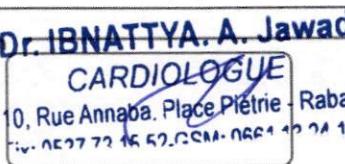
0 561 133 636

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

07

Nom et prénom du malade :

Yousra Jawad Latifa - Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Relativement

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 : 07 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Dawit

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-782282

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/07/23	4.1.18	1	350 DH	INP : 161677 188 DR. B. A. JAWAD 10, Rue El Oued, Place plein Rabat Fax: 0527 10 5500 GSM: 0661 13 24 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		DR. B. A. JAWAD 10, Rue El Oued, Place plein Rabat Fax: 0527 10 5500 GSM: 0661 13 24 15

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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 IBNATTYA ANDALOUSSI JAWAD
CARDIOLOGUE

Diplômé D'Etudes Spéciales de Cardiologie
Faculté de Médecine de Lille(FRANCE)
Ex Médecin Attaché au CHU DE Lille
10 Av. Annaba 2ème Etage. Place Pietri rabat
Tél : Cab 0537.73.15.52 / GSM : 06.61.13.24.15

الدكتور ابن عطية الاندلسي جواد
اختصاصي في أمراض القلب والدورة الدموية
خريج كلية الطب بليل(فرنسا)
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي الجامعي بليل
10. شارع عنابة - حسان الرباط
الهاتف - ع 0537.73.15.52 - م 06.61.13.24.15

*Abnatty
Lett'fe*

RABAT LE :

+ . ٤ - ٢٠٢٣ .

- Dexox et 20
Mrw le m

- Ifoxan : 161
Mrw le m

J

*Dr. IBNATTYA A. Jawad
CARDIOLOGUE
10, Rue Annaba Place Pietri - Rabat
Fix: 0537 73 15 52 GSM: 0661 13 24 15*

DR IBNATTYA ANDALOUSSI JAWAD
Cardiologue
10 Rue ANNABA PLACE PIETRIE.
Rabat
Tel : Cab : 0537.73.15.52
Port : 0661.13.24.15
ICE : 001854318000061

Rabat le : 07/04/2023

Note d'honoraire de MME JANATI LATIFA

La somme de :

350dhs pour consultation cardiologique et ECG (C2+K18).

Dr. IBNATTYA. A. Jawad
CARDIOLOGUE
1. Rue Annaba Place Plétrie - Rabat
0537.73.15.52.0661.13.24.15

7-Avr-2023 13:13:09

FX-7102-V02-03-S1

ID:0

HR: 53

