

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° W21-631138

179 805

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4517	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : YAHIA KHALID			
Date de naissance : 28/06/62			
Adresse : 2, RUE M. EL HOUSSAINI ZERHOUNNE Sous 881			
Tél. : 504,60 Total des frais engagés : 504,60 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Rahim KADA Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale 10, Rue Jbel Moussa, N° 3, Agdal Rabat - Tél : 05 37 67 13 45 INP : 101108736			
Cachet du médecin : Khalid YAHIA			
Date de consultation : 20 OCT 2023			
Nom et prénom du malade : Khalid YAHIA Age : 51			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Chrysypse à gorge			
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 : RABAT

Le : 21/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : M. ADOUFI

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-631138
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
28/11/13	OS		300,00	<p>Docteur Rabah KADA</p> <p>INP : Spécialiste de la</p> <p>et Chirurgie Cervico-Faciale</p> <p>10, Rue Dr. Moussa, N° 3, Agda</p> <p>Rabat - Tél : 05 37 67 13 45</p> <p>INP : 101108736</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/7/23	204,60

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel
de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Médecin Expert en Médecine Aérospatiale
AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

ORL

INP : 101108736

ICE : 001

الرباط في : 28/7/23

Nom du Patient : YAHIA KHALID

INRÉ : 118000040941
TEF : 05 37 67 13 45
3. AZITHROMYCINE 500 mg
Dr. BENELLOUN SONIA
Pratiquant : Beneloune

1. Anadol grise

AM. 60 2 AM. 3x/1x 60

2. Doliprane 600

150x2 3060 1 cp n. 36. V. fin

3. Vita C. 600

29x2 159,00 1 cp 11 à 1000

4. AZIX. 560

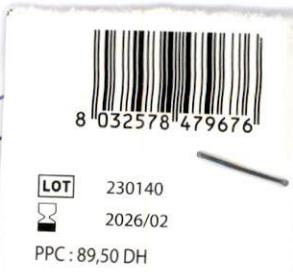
1 cp / 1 x 03

T = 204.6

10, Rue Jbel Moussa, Appt. 3, Agdal - 1

Tél : 05 37 67 13 45

Fax : 05 37 67 13 48



ادة

L

باط

ترابحة

العنق

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT 135

AZIX®
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

79DH70
1/25

AZIX®
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2025

6 118000 032069

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 06/2025

6 118000 032069

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21
الهاتف : 05 37 67 13 45
الفاكس : 05 37 67 13 48