

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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

- 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° W21-770700

Courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1034	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs			

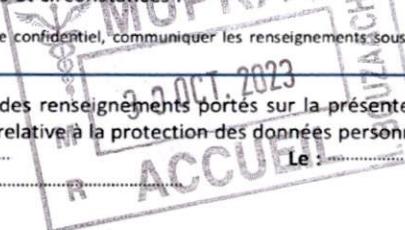
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. ALLAL BEN ABDELLAH Traumatologue orthopédiste B13, 3ème etage, Imm Al Mounizah, angle Rue Mohamed Fakir et Benjerg Béni Mellal - Tel : 06.68.91.66.55	
Date de consultation : 11/09/2023	Age :
Nom et prénom du malade : DR ALLAL BEN ABDELLAH LATLA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Maladie (Anie et maladie)	
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 : _____

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-770700

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
11/09/2023	CS	250.00		INP : 111111111111 Traumatologue 613, 3eme étage, Rue Al. Bourguiba angle Rue Abdouna et Ben Ali Bettana-Saleh - Tel : 06 62 11 58 55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/09/23	Rx	CHF 250.-

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.

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat

Médecin Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Ancien Praticien à l'Hôpital Souissi et à l'Hôpital Militaire à Rabat

Ancien interne au CH Etampes France

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب اخصائي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل

طبيب سابق مستشفى ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي إيطامب فرنسا

ORDONNANCE

Fait à salé le, 11/09/2013

- 1me Dr. DAKKALI LAHA

63.50

11 Bi-profenid LP 100 mg

Bi-profenid LP 100 mg
20 Comprimés sécables



6 118000 061908

LP x 25 (10)

8082 LP 10
01/2013/2012

NO-DOL CODEINE
CP 820
P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

2800

ACD 10 (10)

2 No-dol codeine

LP x 315

(10)

KALEST 20 mg
Oméprazole (DCI)
28 gélules

6 118000 340065

7500
PHARMACIE AL FAJIR
12, Avenue Mohamed Ben Youssef
Al Aïdar Bât. 4 - Talaqqi
Tél: 05 37 63 16 57

KALEST 20mg

LP x 215

41 Palonette silicone

Dr. DAHMANI Youness
Traumatologue-orthopédiste
3, 3ème étage, Immeuble Mounatazah,
angle Av. Mediouna et Benguir
Bettana-Salé - Tel : 06 68.91.68.55

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat

Médecin Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Ancien Praticien à l'Hôpital Souissi et à l'Hôpital Militaire à Rabat

Ancien interne au CH Etampes France

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل

طبيب سابق مستشفى ابن سينا و المستشفى العسكري بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي إيطامب فرنسا

ORDONNANCE

Fait à salé le, 11/09/2013

Compte rendu radiographies

1

Nom et prénom : Mme Doukkali Laila

Radiographies : deux pieds de profil

Résultats :

Pas d'anomalie de la statique.

Epine calcanéenne.

Respect des interlignes du tarse et de l'avant-pied.

Aspect normal des parties molles.

Dr. DAHMANI Youness
Traumatologue orthopédiste
B13, 3ème étage Imm Al Mountazah
angle Av. Mediouna et Bengrir
Bettana-Salé Tel : 06 68 91 68 55

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat

Médecin Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Ancien Praticien à l'Hôpital Souissi et à l'Hôpital Militaire à Rabat

Ancien interne au CH Etampes France

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب اخصادي في امراض وجراحة العظام والمقابل

طبيب سابق بمستشفى ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي إيطامب فرنسا

ORDONNANCE

Fait à salé le, 14.09.2013

Facture

Nom et prénom : Mme Doukkali Laila

Geste : radiographies des pieds de profil

Tarif : 250 Dh.

Dr. DAHMANI Youness
Traumatologue-orthopédiste
B13, 3ème étage, Immeuble Al Mountazah,
angle Av. Mediouna et Bengrir
Bettana-Salé - Tel: 06.68.91.68.55