

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

18.22.2X, Cr

Déclaration de Maladie : N° S19- 0009935

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11120 Société : R-A-M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF Date de naissance : 24/03/1974

Adresse : ROYAL AIR MAROC - ECALE CONAKRY - GUINEE

Tél. : 224 654101307 Total des frais engagés : 410,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur REGRAGUT Khalil
Médecin Expert Assermenté
20, Av. Mohamed Zerktouni
Kélibat - Tél: 69.23.98 - Rabat

Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : LABYED YOUSSEF Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

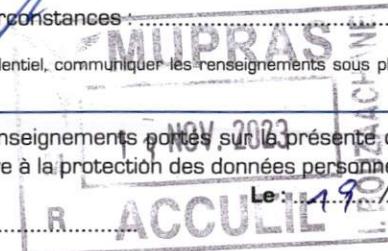
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : RAK

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19-

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 : 11120

Nom de l'adhérent(e) : LABYED

Total des frais engagés : 410,30

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
19/09/2023	 Dr REGAGUI Khalil Médecin Expert Assermenté Mohamed Zekraoui 59.23.98 - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HERTZMANN 179, AV. DE LA RESISTANCE 94130 GENnevilliers Tél: 01 45 20 00 00	28-05-23	211,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
D				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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. Khalil REGRAGUI

Diplômé de la faculté
de Médecine de Montpellier

Médecin Expert Assermenté

Près les Tribunaux

Agrée pour la visite médicale
d'aptitude au permis de conduite

الدكتور خليل الرڭراڭي

خريج كلية الطب بمنبولي

طبيب خبير محلق لدى المحاكم

مرخص للفحص الطبي لرخصة السيادة

Rabat, le

19.09.2023

الرباط، في

Dr. Khalil REGRAGUI

55,00 1) Methylsac

19,00 1c - 3 جماف
2) Adolos analge

28,80 1c eff 10
3) Souff - g

32,60 4) Trofexal 500 mg
5) Kepp 63

19,50 6) Effekal 500

PPC : 79DH00

41026466 004907

04.2025
L2200515

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 15DH90

EXP 10/2025
LOT 29053 2

16 comprimés effervescents

Dr. Khalil REGRAGUI
Médecin Expert Assermenté
20. Av. Mohamed Zerkouni
Tél: 05 37 69 23 98 - Rabat

Pharmacie Hay El Hora
179, Av. de la Révolution
Rabat - Maroc
Tél: 05 37 69 23 98

20، شارع محمد الزرقطوني - الطابق 1 القبيبات - (أمام البنك الشعبي) - الرباط

20, Av. Mohamed Zerkouni - 1er Etage Kébibat - (en face Banque Pobulaire) - Rabat

الهاتف : 05 37 69 23 98

Pfizer

רעלין זב - גומיל זב - גומיל

500 מיל לוג' 20

Ponstyl® 500 mg

20 Comprimés enrobés



6 118000 250647

סיליקון גז
ג'ט

EXP : 06 2026

P.P.V

LOT N° : HH 1013

18/80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32,60

موکسول®

أميروكسول

بدون سكر

