

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-764087

172248

Paul

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2322 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Aariz Ahmed

Date de naissance : 15-09-1952

Adresse : Rue Sebrau N°5A Merchech Tanger

Tél. : 0539930749 Total des frais engagés : 788.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.5.23

Nom et prénom du malade : Leila Chakir

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sclérose en plaques

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-764087

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 : 2322

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lamtafi 6, Rue Abdou Hamid Lamtafi Tél : 05 39 93 43 18 Tanger INPE: 162039564	16/5/23	Pharmacie Lamtafi 6, Rue Abdou Hamid Lamtafi Tél : 05 39 93 43 18 Tanger INPE: 162039564 789,10

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

[illegible]

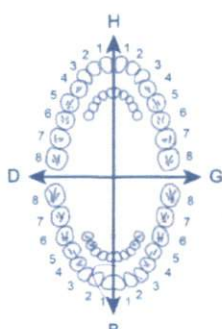
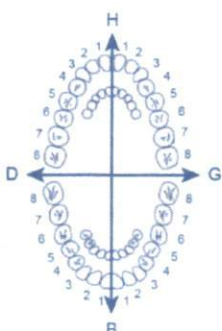
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, 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
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



BULLETIN DE CONSULTATION

N° d'ordre :

Date : 17/05/23 Heure de consultation : / /

N° :

Médecin :

Nom et Prénom du malade :

Diagnostic : Jakb chikn

Adressé par :

Traitement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6x 121.00
T = 786.00

Humorex

Vi
S

39631

1/2

2x 28.20
T = 56.40

Sulprol

Vi
S

3x 35.70
T = 107.10

Agroja

Pharmacie Lantari
Rue Mohammed VI
Tanger
Tel: 05 39 95 13 14
INPE: 02099564

مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

Signé:

DR. FADEL HICHAM
L'ANALYSE
TANGER
INPE: 160004537

166.76



03000303

1	10	03	10
5	10	03	10
7	10	03	10
8	10	03	10
9	10	03	10
10	10	03	10
11	10	03	10
12	10	03	10
13	10	03	10
14	10	03	10
15	10	03	10
16	10	03	10
17	10	03	10
18	10	03	10
19	10	03	10
20	10	03	10
21	10	03	10
22	10	03	10
23	10	03	10
24	10	03	10
25	10	03	10
26	10	03	10
27	10	03	10
28	10	03	10
29	10	03	10
30	10	03	10
31	10	03	10
32	10	03	10
33	10	03	10
34	10	03	10
35	10	03	10
36	10	03	10
37	10	03	10
38	10	03	10
39	10	03	10
40	10	03	10
41	10	03	10
42	10	03	10
43	10	03	10
44	10	03	10
45	10	03	10
46	10	03	10
47	10	03	10
48	10	03	10
49	10	03	10
50	10	03	10
51	10	03	10
52	10	03	10
53	10	03	10
54	10	03	10
55	10	03	10
56	10	03	10
57	10	03	10
58	10	03	10
59	10	03	10
60	10	03	10
61	10	03	10
62	10	03	10
63	10	03	10
64	10	03	10
65	10	03	10
66	10	03	10
67	10	03	10
68	10	03	10
69	10	03	10
70	10	03	10
71	10	03	10
72	10	03	10
73	10	03	10
74	10	03	10
75	10	03	10
76	10	03	10
77	10	03	10
78	10	03	10
79	10	03	10
80	10	03	10
81	10	03	10
82	10	03	10
83	10	03	10
84	10	03	10
85	10	03	10
86	10	03	10
87	10	03	10
88	10	03	10
89	10	03	10
90	10	03	10
91	10	03	10
92	10	03	10
93	10	03	10
94	10	03	10
95	10	03	10
96	10	03	10
97	10	03	10
98	10	03	10
99	10	03	10
100	10	03	10

Heure de consultation

Handwritten signature or name

Handwritten notes and stamps in the bottom left corner.

Handwritten notes and stamps in the bottom center-left.

Handwritten notes and stamps in the bottom center.

Handwritten notes and stamps in the bottom right corner.

Handwritten notes and stamps in the middle bottom section.

Handwritten notes and stamps in the lower middle section.

Handwritten notes and stamps in the lower right section.

Handwritten notes and stamps at the very bottom right.

Humorex® 10 mg
Oxalate d'escitalopram
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331520

Humorex® 10 mg
Oxalate d'escitalopram
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331520

Humorex® 10 mg
Oxalate d'escitalopram
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331520

Humorex® 10 mg
Oxalate d'escitalopram
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331520

Humorex® 10 mg
Oxalate d'escitalopram
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331520

Humorex® 10 mg
Oxalate d'escitalopram
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331520

SULPIDAL® 50 mg
20 gélules



6 118000 180609

SULPIDAL® 50 mg
20 gélules



6 118000 180609

SULPIDAL® 50 mg
20 gélules



6 118000 180609

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

PPV
LOT
PER

28,20

PPV
LOT
PER

28,20

PPV
LOT
PER

28,20

131,00



131,00



131,00



131,00



131,00



131,00

