

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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



W16-087923
Déclaration de Maladie

Nº P19- 0044524

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Jamila Malika Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme 8 18

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Malika 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-044524

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 :

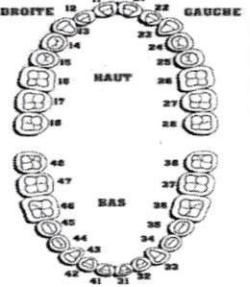
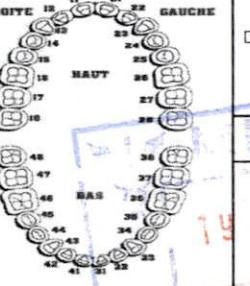
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
					Montant des soins	
BROITE	HAUT				Début d'exécution	
11	22				Fin d'exécution	
12	23					
13	24					
14	25					
15	26					
16	27					
17	28					
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
BAS						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
D						
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
		14 JUIL 2019				
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution				



W16-087923

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 818

Nom & Prénom : Mme JENNATE Malika

Fonction : Retraitee Phones : 0655568088

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Jennate Malika

Adhérent Conjoint Enfant Age : Date :

Nature de la maladie

thyroïde - HTA - obésité

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		20

PHARMACIE

Date : 11/07/19

Montant de la facture

RE: 102068962	ZI JABOR Sanaa	PHARMACIE DES JARDINS
Zone Mohamed V, km 18	Dr. JABOR Sanaa	Di. JABOR Sanaa

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

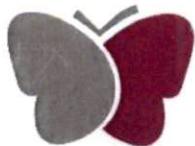
AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CACHET

Dr. Aicha LAARGANE

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques



الدكتورة عائشة العرگان

اختصاصية في أمراض الغدد
وأمراض الأيض

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Ancien médecin au CHU Ibn Sina à Rabat

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd à Casablanca

Ancien médecin résidente de l'hôpital militaire de Rabat

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

Tamesna le : 11/07/19

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

ammonium

30

145,90

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 162DH60

Avenue Abdellah Ben Yassin, Résidence ENNAJAH Immeuble 100 Appartement 1 - Tamesna

شارع عبد الله بن ياسين إقامة النجاح ، عمارة 100 شقة 1 - تامسنا

Tél : 0537 01 46 74 / Email : dr.aichalaargane@gmail.com

60,10

6/ Maxilose

20,00 1 ep + 3/jr

7/ Febred (sauv sucre)

14,00 1 sachet/jr

8/ Doliprane 1000 mg

96,40 1 ep + 3/jr

9/ Piascledine 300 mg
x 100 tab 1/jr

Tel/Fax : 05 37 01 10 41

CG-Pharm

AVENTURE

DI-
Médi

Leila
Dr.

Médi

Dr.
Dr.

Leila
Dr.



611 800110201 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110201 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110201 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160333

PIASCLEDINE®300MG

Boite de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732



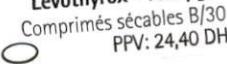
611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334

PHARMACIE DES JARDINS
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohamed V km 10
Tél/Fax : 05 37 01 10

PHARMED
LOT : 6966
UT.AV: 07-21
PPV : 20DH00

PPV: 14DH00
PER: 01/22
LOT: I087