

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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.

aire :

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.

die 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7669 Société : RAN

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : S. Ben Nasse

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06

Autre :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : 01/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
BROITE	GAUCHE				
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28				
HAUT					
BAS					
45 46 47 48	35 36 37 38				
44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32	44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		D	H	G	
12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
HAUT					
BAS					
45 46 47 48	35 36 37 38				
44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32	44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32				
Actes pratiqués au cabinet		Actes pratiqués au cabinet			
VOLET ADHERENT		Nom : _____ Mle _____			
DECLARATION N°		W18-351429			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-351429

DATE DE DEPOT

03/07/19

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7669
Nom & Prénom : BENTOUSSA Jamal		
Fonction :	Retraité	Phones : -
Mail : -		

MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 03.07.19
Nature de la maladie : Maladie Respiratoire			

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		300 DHT

PHARMACIE	Date : 03/07/19
Montant de la facture	606,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : _____
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
_____	_____	
_____	_____	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : _____
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	_____
_____	_____	_____	_____	_____

DR. S. GADDAR Wassim CABARET
Pneumologue
9, Rue Lavoisier, 75012 Paris
Tél. 0322 84 11 22
Dr. S. BUKHARI
271, Bd. Casablanca, Casablanca 10000
Tél. 0522 61 83 05

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
 Pathologie du Sommeil
 Arrêt du Tabac
 Spirométrie - Bronchoscopie
 Tests Cutanés
 Maladies professionnelles



الدكتور حضار واصل

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسى

الضيق - الحساسية

أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين

الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

اختبار الحساسية

الأمراض المهنية

Casablanca le : 03/07/19

JAMAL BENMOUSA

126,30x2

A.S

1- Anypt 1g ✓

134,00 1 sachet x 3 ✓
2- Déflazacort 30 mg ✓

A.S

79,50 2cp/j poft ✓
3- F-Topolis Adulte ✓

A.S

115041 C5 x 3 j poft 5j
4- AVA my ✓
2mlv/N/j vdt 1 min

A.S

puis 1mlv/N/j vdt 2 mois

رقم 11، زقة أبو الحسن العسكري (الفاوازيري سابقا) الطابق 5 (مصدع ملوف) الشقة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 00202322000065

5- 74160
E/ln 5m ✓
cep/j VDT 1mai



J.R. GAYLARD & WASSIL
Pneumologue, Appt 12
11, rue Lovanio, des hopitaux
Etg 161, 052A 960 444

69610

PHARMACIE DU CARREFOUR
Dr. S. BENACHIC SEKAKAT
271, Bd Ibn Tachfine
Casablanca
Tel : 0522 61 83 65

...iquement sur ordonance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 126,30 DH

LOT : 606699

PER : 08/20

PPV : 126,30 DH
LOT : 606699
PER : 08/20



..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناولون من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 126,30 DH

LOT : 606699

PER : 08/20

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 115,00 DH
ID : 626403
Barcode: 6 118001 142262



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot:

A consommer

de préférence avant le: 181215

2-2021

PPC: 79,50 DH

...iquement soumis à prescription médicale