

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.

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.

Optique :

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

Educational :

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.

Maladie :

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

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° P19- 0040101

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8612 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUZUL Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 069556652 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ISSAM AGOUZUL 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) : [Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et d'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															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		D 00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins
	H																		
	25533412	21433552																	
D 00000000	00000000	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																
			Fin de																

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-396615	
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		



W18-396615

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle														
Nom & Prénom																
Fonction :		Phones														
Mail																
MEDECIN	Prénom du patient															
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date														
Nature de la maladie	Date 1ère visite															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
PHARMACIE Date 25.06.19 Montant de la facture 473.20 420.00																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

GRANDE PHARMACIE DE L'AZIZIYA
 19 Rue Mohammed VI - 11515 - Casablanca
 Tél: 522 083 22 083 76
 Pharmacie AL TANOUJA
 123 Bd. d'El Moukarrab - 11515 - Casablanca
 Tél: 522 083 22 083 76

Dr, Rachid INCHAOUH

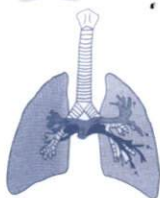
Spécialiste des maladies Respiratoires

Diplômé de la Faculté de médecine

de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies

respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السيل - الحساسية

Mr AGOUZOUL Issam

25.06.2019

Casablanca, Le :

1 SAFLU 125

Inhaler 2 bouffées le soir, pendant 30 jours.

2 FLOWAIR 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois. 1 heure avant le coucher

3 LOREUS 5 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 30 jours.

Dr Rachid INCHAOUH

Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des Maladies
Respiratoires - CASA
13, Rue Ain Taoujtat - Casablanca
Tél.: 05.22.48.08.94

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE
Mme. TAZI Nadia
18, Rue Abdelham KHATABI
Tél: 05 22 83 02 75 - Tél/Fax: 05 22 28 93 76
Casablanca

صيدلية
Pharmacie ATTANAOUA
Imad ATTANAOUA
Docteur en Pharmacie
123, Bd Al Moukaramat - Casablanca
Berrechid - Tél: 05 22 45 34 34

زفنة 3000 توجطات □ إقامة إلياس □ الطابق الأول □ قرب مصحة بدر □ الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40

PPV : 210,00 DH.

-PPV : 210 DH

LOT: GB81779
PER: 10/2021
PPV: 185 DH 00

78,20

PPV : 210,00
PER : 10/21
LOT : 185-0

