

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

ditions 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.

rmacie :

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.

taire :

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.

ladie 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 caractére 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 : **1468** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BAAABI Youcef**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.61.10.96.38** 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-033089

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 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
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
					Coefficient des travaux

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W19-392202	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
17/09/19	88 650	
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		



W19-392202

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 04468

Nom & Prénom

ZAAADI yOUSSEF

Fonction

RETRÉT

Phones 0661109658

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

MOURJANE Mourad

Adhérent Conjoint Enfant Age

63 ans

Date 16/09/2019

Nature de la maladie

Affigative + Diabète

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C1

150,00

PHARMACIE

Date 16/09/19

Montant de la facture

73650

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

DR Ahmed LAKLALECH
Médicalisé
Sidi Lamia Bloc
N° 2 Dis
Hey Mohammed-
m Tél: 05 22 62 81 38



CACHET

PPV 170430 EXP 03/2022
LOT 91013 4



64,30

érale

10,40

taux publics

Hay Mohammadi,

BLANCA

3138

الطب العام

بالمستشفيات العامة

رقم 2 مكرر الحي المحمدي

سبع - الدار البيضاء

(0) 522 628 138

54,30

70,70

LOT 19E15/05/2022
PPV 70DH70

16/03/2019

الدار البيضاء، في:

PPV: 49,50 DH
LOT: 19E15/05/2022
EXPI: 05/2022

MOURJANE Amina.

5/1

17,30

COLRAMS

9

1m 3x1. 1/2hav.

69,50

5/2

21

5/2

diet A2 8m.

70,70

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V: 10DH40
LOT: 9MMA037
PER: 01/2022
6 118000 062127

SMECTA 3G
SACHETS B30
P.P.V: 52DH40
LOT: 9MMA587
PER: 02/2022
6 118000 011460

31. 20cm 3x1 8 h 14

181 1; de sem 10

52,40

4/

5/

SMECTA 8m

54,00

1m 3x1

5/

DUSPATALIN 200MG
GELU B20

1m 3x1 9

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V: 54DH00
LOT: 9MMA029
PER: 05/2021
6 118000 010530

64,30

LOT 040941/FC2
08/2021 PPC 69,50

Dr. Ame
Hay Lam
Hay Mohammadi
Hay Tariq 22/628, m

6/ METFORMINE C/W 500g. (06 tab.)
1040 + 6 (S.V) x 2x, 1 tab. 9:16
ev 180, x 3 mois

7/ Diamicron 300LM (03 tab.)
7870 + 3 (S.V) x 1x, 1 tab. 9:16
ev 180, x 3 mois

8/ 7490 Glutoms 1 tab. 9:16
4960 + 2 (S.V) TAB 32 Dr. Ahmed LAKLAECH
D-Dr. Ahmed LAKLAECH
Médecin Général
Hay Lemia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tel: 05 22 62 81 38

9/ 73650 (S.V) x 6 mois
Dr. Ahmed LAKLAECH
Médecin Général
Hay Lemia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tel: 05 22 62 81 38

Dr. Ahmed LAKLAECH
Médecin Général
Hay Lemia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tel: 05 22 62 81 38

Dr. Ahmed LAKLAECH
Médecin Général
Hay Lemia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tel: 05 22 62 81 38