

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.

Optique :

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.

Centre :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19- 0039235

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : AB59 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MACH HOUR BOATIZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0623395199 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) : 

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		
DROITE	GAUCHE				Montant des soins		
HAUT					Début d'exécution		
BAS					Fin d'exécution		
					Coefficient des travaux		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire					
DROITE	GAUCHE	H			Montant des soins		
D		25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	Date du devis		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
						Fin de	
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle			
DECLARATION N°		W18-394017					
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							



W18-394017

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1359	
Nom & Prénom MACHHOUR BOUZZA			
Fonction :	RETRAITE	Phones.....	
Mail	1359		
MEDECIN	Prénom du patient Ramzze		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Maladie précis			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS	CS	300	
PHARMACIE		Date 24/09/19	
Montant de la facture			
2001,60			
Code: 102025178			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
200160		300*	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 11/10/2019	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

BOUZZA MACHHOUR BENABOUD
NEUROPHYSIOLOGISTE
18/2 Av. El Moudawine 10ème Etage
Télé: 05 37 86 10 81
Email: bouzza.machhour@yahoo.com



Dr. Bouchra BENABOUD
Neurologue - Neurophysiologiste
Spécialiste des Maladies du Système Nerveux
Adultes et Enfants

Diplômée de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat



الدكتورة بشرى بنعبد
أخصائية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
الكبار والأطفال
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

Salé, le 27/09/03

298.00

Sur ord

Bon

Docteur Bouchra BENABOUD
NEUROLOGUE NEUROPHYSIOLOGISTE
Res. Oum El Kheir 1&2 Appt 10 2ème Etage
Av. Mohamed V Tabriquet Salé
Tél./Fax : 05 37 86 10 86
mail benaaboudb@yahoo.com

X 6

- maladie 2003

Wint

110.50

X 6

- Transfert L8 50

9300

30.10

1 - 1 - 1

X 2

- Leucide 2003 2 séq a/c

Leucide

43.20
X 2 =



Docteur Bouchra BENABOUD
NEUROLOGUE NEUROPHYSIOLOGISTE
Res. Oum El Kheir 1&2 Appt 10 2ème Etage
Av. Mohamed V Tabriquet Salé
Tél./Fax : 05 37 86 10 86
mail benaaboudb@yahoo.com

2001, 60 transfert

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par
Roche S.A. Maroc
225 Bd. D'Anfa Casablanca
MADOPAR 250 mg 100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



18001 050697

ZYLORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



43,20

ZYLORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022275

TRIVASTAL® 50 mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50 mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

TRIVASTAL® 50 mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50 mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

TRIVASTAL® 50 mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

TRIVASTAL® 50 mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

xenid 100mg

LOT : 1227
PER : 01/21
PPV : 30,10 DH

diclofénac

10 suppositoires

xénid 100mg

10 suppositoires



6 118000 140559



Laboratoires Biogalénique

xenid 100mg

LOT : 1227
PER : 01/21
PPV : 30,10 DH

diclofénac

10 suppositoires

xénid 100mg

10 suppositoires



6 118000 140559



Laboratoires Biogalénique