

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.

Éducation :

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.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Dossier P-17-0059950
Déclaration de Maladie

N° P19-0041295

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3134

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJIB ZAHRA

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 :

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) : mjd

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 canaux, 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> </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></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G													Montant des soins
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	G																					
		Date du devis																				
		Fin d'exécution																				

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM : <u>Moujeb Zahra</u>	Mle <u>3134</u>
DECLARATION N°		P 17/0059950	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>≈ 900 DH</u>		
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			



P 17/0059950

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>3134</u>
Nom & Prénom <u>MOULIEB Zahra</u>		
Fonction <u>J. Essalek</u>	Phones <u>0537 52 07 17</u>	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient <u>Essalek Abdelaziz</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age		Date <u>20.09.19</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite <u>20.09.19</u>
<u>M. de Dermatologie</u>		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS</u>		<u>150 DH</u>

PHARMACIE	Date <u>02/09/19</u>
Montant de la facture	<u>758,40</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

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

Signature de
M. de
D. SHAM BENALI OUMJOU
M. de
N° 281, Hay Nassir, 52 04 63
Béni Melloul - Tel : 037 52 04 63
Pharmacie AL MASSARA
Abdelaziz El Yazali
Distributeur en Pharmacie
N° 281, Hay Nassir, 52 04 63
Béni Melloul - Tel : 037 52 04 63

CACHET

CACHET

Docteur Siham BENALI OUMJOUD

Médecine générale

Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Rabat

الدكتورة سهام بن علي امجوض

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

SAB, le 20.09.2020

175,00 x 3

① 525,00

1 app 1 j p d 1 mois

40,50 x 4

② 162,00

1 cp 12 j p d 1 mois

③ 35,70 x 2

1 sl j 2 fois p d 1 mois

71,40

758,40

Dr. Siham BENALI OUMJOUD
Médecine Générale
134, Hay Nasser-Sidi Allal Bahraoui
0537 52 01 01

Pharmacie MASSIEU
Abdelaziz El Yazali
Docteur en Pharmacie
N° 231, Hay Nasser, Sidi Allal
Bahraoui - Tel.: 037 52 04 63

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 9MA079
PER: 08 20 PER.: 10 2020
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

134, حي النصر (قرب مسجد النصر)
سيدي علال البحراوي
132, Hay Nasser (Près de la Mosquée Nasser)
Sidi Allal El Bahraoui

Tél : 0537 52 01 01



Ialuset crème
Tube 100 g



ACL 3401076312351
LOT 190110
EXP 2022 01



Ialuset crème
Tube 100 g



ACL 3401076312351
LOT 190110
EXP 2022 01



Ialuset crème
Tube 100 g



ACL 3401076312351
LOT 190110
EXP 2022 01

319334



6 118001103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH