

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la réglementation relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS



Déclaration de Maladie

N° W19-479203

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELWID ZAINA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661389586 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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) :



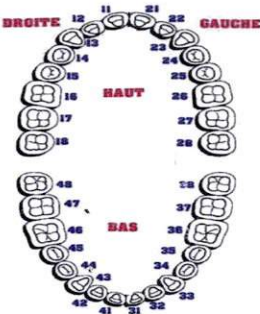
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

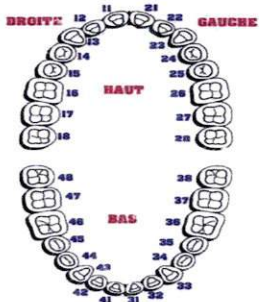
Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-405194

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



W18-405194

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 32/18

Nom & Prénom Beljil Farih

Fonction : ACE net Phones : 0661389556

Mail : x.beljil@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient Beljil Farih

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 64 ans Date 19/8/19

Nature de la maladie Date 1ère visite

HTA DM2 + JDM + portage coron

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C21-11 300,00

PHARMACIE

Date 19/08/19

Montant de la facture

423,10 dls

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

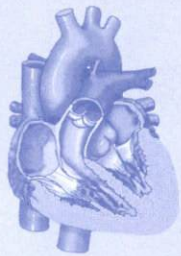
Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

CACHET

CACHET



Docteur Salah Eddine RAQIM

Cardiologue

Diplôme d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne, Stress echo
Cardiologie Pédiatrique) à BORDEAUX
Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holter (tensionnel et rythmique)

الدكتور صلاح الدين رقيم

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
طبيب داخلي سابقا بمستشفى ابن رشد
دبلوم الفحص بالصدى بيوردو (فرنسا)
الفحص الألي للقلب والشرايين
أمراض القلب الخلقية



AGADIR LE :

19 AOÛT 2019

N° Bord. Finab

1 R.F.S

21 ~~Hyland~~ 10 mg

31 ~~Dipacor~~ 10 mg

41 ~~Creston~~ 10 mg

51 ~~Harbace~~ 25 mg

61 ~~Deten~~ 10 mg

71 ~~Gerprax~~

Votre R.D.V le :

موعدكم يوم :

شارع الحسن الثاني إقامة إفران III أكادير

Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
Agadir

Tél./Fax: 05 28 84 84 10

Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
AGADIR II Imm. IFRANE 3
Tél./fax: 05 28 84 84 10



Docteur Salah Eddine RAQIM

الدكتور صلاح الدين رقيم

Ancien Interne du CHU IBN ROCHD
Diplôme d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne). Cardiologie Pédiatrique
(BORDEAUX). Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holter - Epreuve d'effort



إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
طبيب داخلي سابقا بمستشفى ابن رشد
دبلوم الفحص بالصدى بيوردو (فرنسا)
الفحص الألي للقلب و الشرايين
أمراض القلب الخلقية

Nom : Ben Sio

Prénom : Zineb

Date : 19 AOUT 2019

Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
(Q.I) Agadir

Tél./Fax: 05 28 84 84 10.

A Rapporter à chaque consultation

يصلح عند كل إستشارة

شارع الحسن الثاني إقامة إفران III - أكادير

LOT 181775
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 243,00 DH



6 118001 183111

LOT : 19E001
PER : 10 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 9MA048
PER : 10 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016