

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.

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

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

La 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- 0043207

☐ Maladie

☐ Dentaire

N° 11093

☐ Optique

Coumien

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00452

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI HOUMAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0657616143

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043207

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 PROTHÈSES 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 travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			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 :	Mle
DECLARATION N° P 14/0029222			
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			
		Cachet MUPRAS	



P 14/

29222

DATE DE DEPOT

Environ 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00452	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		MESSAOUD HOUAR	
Fonction	RETRAITÉ	Phones 0657616143	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient HOUAR		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1940
Nature de la maladie		Date 22/11/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
L. 100			300
PHARMACIE	Date 22/11/19		
Montant de la facture		1698 MUPRAS	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des honoraires	
		ACCUEIL	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Dr. EL HASSANI Benali

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
De GRENOBLE (France)



أ.م.م.كتور الحسن بنعلي
اختصاصي

في أمراض القلب والشرائيب
خريج كلية الطب بـكرونيل - فرنسا

Dos

11093

Oujda, le

26/12/19

وجدة، في

Mellouhi Hamed

72,80 Vexignep 1

SV

480,00 AVACOR 20 16,000 x 3 =

SV

130,80 Aepic 100 21,80 x 6 =

SV

409,80

Ambol 5

SV

136,60 x 3 =

79,90

SV

Bi gudo 20 x 2

عمارة يوسف ابن تاشفين، زنقة يوسف ابن تاشفين الطابق الأول رقم 13 - وجدة - الهاتف: 05 36 70 22 85
Imm youssef Ben Tachfine, Rue Youssef Ben Tachfine 1er Etage N° 13 - Oujda - Tél: 05 36 70 22 85

PATENTE: 10703435 - C.N.S.S: 2390657 - I.F.: 10603675

DR. EL HASSANI Benali
CARDIOLOGUE
Rd, Bd Youssef Ben Tachfine
Tél: 05 36 70 22 85 - OUJDA
PHARMACIE EL MAKSAM
DR. Kamal MOKHTARI
Rue Youssef Ben Tachfine N° 78 - OUJDA
Tél: 05 36 50 17 34

67.20 Longin 2 (SV)

85.60 Lexomil 60 (SV)

196.60 Athymil 3 98.80 x 2 (SV)

176.00 CARDIX 6 (SV) 111.00 x 2

1698.70
PHARMACIE EL MAKSAM
DR. Kamal MOKHTARI
Bd. Yacoub Al Mansour Hay
El Maksam N°78 - OUJDA
Tel : 05 36 50 50 17 34
Fax : 05 36 50 24 15

Dr. EL HASSANI Benali
CARDIOLOGUE
Ad. Youssef Ben Tachfin
Tel : 05 36 70 22 85 - OUJDA

INP: 082025156

INP: 082025156

160,00

160,00

160,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Vaxigrip Inj b1 ser
0,5 ml
P.P.V: 72,80 DH
6 118001 080748

: 0 4 2 2 2
°: 1 2 7 4 2 8
P.P.V.
1 3 6 6 0
136,60

1 2 7 5 6 0
1 3 6 6 0
136,60

136,60

LOT: 138
PER: AUT 2022
PPV: 44 DH 00

98,30

LOT: 19E002
PER: 01 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 19E002
PER: 01 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 19E003
PER: 01 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 19E002
PER: 01 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 19E003
PER: 03 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 19E003
PER: 03 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 19E003
PER: 03 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

PPV: 79DH90
PER: 05/21
LOT: I1327

67,20

LOT: CT011X
PER: 08/2022
PPV: 42,80 DH
LOT: CT001X
PER: 03/2022
PPV: 42,80 DH

LOT: 138
PER: AUT 2022
PPV: 44 DH 00

LOT: 138
PER: AUT 2022
PPV: 44 DH 00