

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.

Dentaire :

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **559** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZAKRADI**

ALAMI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0665605176**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : 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 travaux	
					MONTANT DES SOINS	
					DÉBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
					DATE DU DEVIS	
					FIN DE	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H	25533412 21433552	00000000 00000000	G	
D	00000000		00000000			
	35533411		11433553			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession						

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM : Z.A.U.R.A.R.I. ALAMI.	Mle 559
DECLARATION N°	W15-050976	
Date de Dépot	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



W15-050976

DATE DE DEPOT

..... / / 201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 559
Nom & Prénom N° 2. A. U. R. A. R. I. A. L. A. M. I.		
Fonction : R. E. T. R. A. I. T. E.	Phones .. 0665405176	
Mail		

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérente

MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age 78	Date .. 19.4.20	
Nature de la maladie Cardiopathie + artériopathie		
Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		Dr. A. DAHRA DENTISTE Radiologue Interventionnel GSM: 066543506 Casablanca 133, Bd. Taza H. Casablanca - 2003896 CINP: 062003896 Pharmacie Al Azhar

PHARMACIE		Date 20.02.2020
Montant de la facture 1474.50		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

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

CACHET

CACHET

Dr. Abdessamad Dahreddine
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII
Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



عبد ظهر الدين

القلب والشرايين

Lot n°:
EXP:
PPV:

157 DH 80

لدى جسم قسطرة القلب

شرايين بجامعة باريس

قسم قسطرة القلب والشرايين

شفى ابن سينا بالرباط

KARDEGIC 160MG
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70

Barcode: 6 118001 081189

20.02.2020

Casablanca, le

Mr ZAKRARI El Alami



160,00 X 3
1 CERUVIN CP 75MG

2 comprimés le matin, pendant 10 jours.
puis 1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

35,70 X 3
2 KARDEGIC 160 mg pdre p sol buv : 30Sach

1 sachet à midi, après le repas, pendant 3 mois.

157,18 X 3
3 ROSUVAS CP 10MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

69,00 X 6
4 PRAXILENE 200mg cp pellic : B/20

1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois.



Dr. A. DAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
Casablanca
GSM.: 0666 54 35 06

LOT : 191221
UT AV : 04/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 191221
UT AV : 04/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 191222
UT AV : 03/2022
PPV : 69,00DH

رواق عبد المؤمن 202، شارع عبد المؤمن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - 05 22 25 64 55 - الفاكس : 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63 - المستعجلات : 05 22 25 64 55

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, [Entre sol N° 32] - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63
P : 06 88 16 06 51 - Fax : 05 22 25 64 55 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com