

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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
Mise 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

N° P19- 0043239

ND: 29161

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

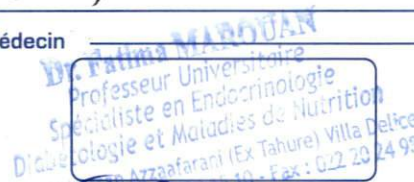
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA
Date de naissance : 18/05/1956
Adresse : 109, Rue MONTAIGNE VAL CLEULI CASABLANCA
Tél. : 0661465224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/05/20
Nom et prénom du malade : Benchekekroun Anissa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Hypercholestérolémie et Diabète
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) : Benchekekroun Anissa

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° P19-043239

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19.5.2020		350.30		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2020	771,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

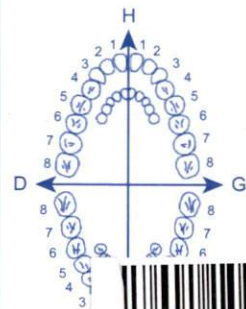
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

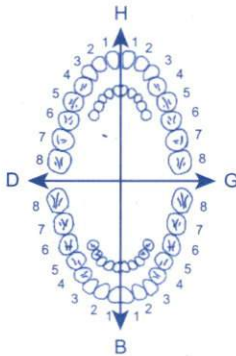
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div>H</div> <div>2553341221433552</div> <div>0000000000000000</div> <div>D</div> <div>0000000000000000</div> <div>3553341111433553</div> <div>B</div> <div>G</div>		Coefficient des Travaux
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		Montants des Soins
			Date du Devis
			Date de l'Exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur Fatima MAROUAN

Professeur universitaire

Spécialiste en endocrinologie, diabétologie
et maladies de la nutrition

Ex chef de service d'endocrinologie au CHU de Casablanca

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Lauréate de la faculté de Médecine de Lyon

الدكتورة فاطمة مروان

أستاذة جامعية

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

و أمراض التغذية

رئيسة سابقة بمصلحة الغدد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

خريجة كلية الطب بليون

Casablanca, le 19 Mai 2020

Nom: Fatima Benchebroun
glucophage 1000
1680 mg

28,00 x 8

Levothyron 50
2680 mg / j

13,40 x 2

Levothyron 25
20,40 mg / j

6,80 x 3

Vitaneuril
259 mg x 3

28,80 x 9

Nagualine
297,00 mg / j

99,00 x 3

Total
771,40



جاءت

بنفوتیا مین 100 ملغ

30 ديو ديٲو

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



28,80

بنفوتیا میں 100 ملغ

30 حَبَّةٌ مَلِكِيَّةٌ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



28.82

بنفوتیا میں 100 ملغ

30 حَبَّةٌ مَلِكِيَّةٌ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



تسار

بنفوتیا مین 100 ملغ

30 ديو ديو

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



28,80

بنفوتیا میں 100 ملغ

30 حَبَّةٌ مَلِكِيَّةٌ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



28.82

بنفوتیا میں 100 ملغ

30 حَبَّةٌ مَلِكِيَّةٌ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



جاءت

بنفوتیا مین 100 ملغ

30 حَبِّ دُرٍّ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



28,80

بنفوتیا مین 100 ملغ

30 حَبَّةٌ مَلِكِيَّةٌ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



28.82

بنفوتیا مین 100 ملغ

30 حَبَّةٌ مَلِكِيَّةٌ

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

Magmine

Magnésium 300 mg
+ Vitamine B6

Sans sucre
Sans sel



30 Comprimés

757

01 20

LOT

PER

Prix

99,00

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

***Sans sucre
Sans sel***



30 Comprimés

757

01 20

LOT

PER

Prix

99,00

Magmine

Magnésium 300 mg
+ Vitamine B6

Sans sucre
Sans sel



30 Comprimés

757

01 20

LOT

PER

Prix

99,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00



6 118001 10200

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/

PPV: 6,80



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335