

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.

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.

Prothèse :

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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1956 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA

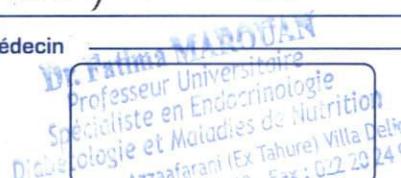
Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue Montaigne VAL CLEUVI
LA SABLANC

Tél. : 066 146 521 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/05/20

Nom et prénom du malade : Benchekroun Anissa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Hypothyroïdique 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) : Ben

VOLET ADHÉRENT

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 :

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043239

ND-29161

Optique

Autres

RELEVE 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			350.00	<i>Manuelle</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2020	77160

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

08304

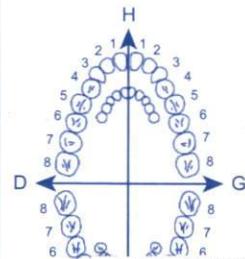
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

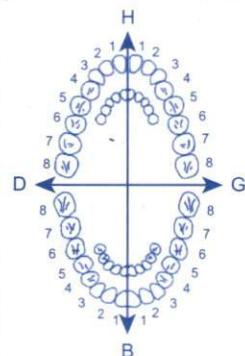
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				6 118001 10 Levothyrox® 25 Comprimés sécables PPV: 13,40 DH
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION


 18001102013
 611 800110201 3
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH
 7862160333

O.D.F PROTHESES DENTAIRES **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**
 H H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B B
[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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: *Amna Beuchekroun*
SV

glaucophage 1000

160 mg x 14 jours

28,00 x 8

Levothyrox 50

260 mg / j

13,40 x 2

Levothyrox 25

20,40 mg / j

6,80 x 3

Vitamine

259 mg x 3 / 10

28,80 x 9

Naegmeele

297,5 mg / 8

99,00 x 3

Tarof
3 mois

771,40

MASJID C.I.C
Dr. Fatima MAROUAN
Professeur Universitaire
Spécialiste en Endocrinologie
9, Rue Hassan Azzafrani
Casablanca
39 60 73

Marouan

بـ ٦٠ سـ لـ ٣٠ هـ

بنفوتيا مين 100 ملخ

30 حبة ملبيسه

عن طريق الفم

بنفوتيا مين 100 ملخ

30 حبة ملبيسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

بـ ٦٠ سـ لـ ٣٠ هـ

بنفوتيا مين 100 ملخ

30 حبة ملبيسه

عن طريق الفم

بنفوتيا مين 100 ملخ

30 حبة ملبيسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

بـ ٦٠ سـ لـ ٣٠ هـ

بنفوتيا مين 100 ملخ

30 حبة ملبيسه

عن طريق الفم

بنفوتيا مين 100 ملخ

30 حبة ملبيسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre
Sans sel



30 Comprimés

757 01 23

LOT

PER

Prix

99,00

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre
Sans sel



30 Comprimés

757 01 23

LOT

PER

Prix

99,00

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre
Sans sel



30 Comprimés

757 01 23

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