

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 067316

ND: 31718

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ned REGUIEY

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai 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° P19-067316

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 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 canaux, 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			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											



W18-141258

DATE DE DEPOT

22/06/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135
Nom & Prénom		Mohammed / RGUIEGU
Fonction :	Re traite	Phones 0536501309
Mail		MAY ELONDALOUS B. M. ABOUH LALI 0582000
MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 1956
Nature de la maladie		Date 21 AVR 2020
Diabète type 2 sous ADO		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C1	1	150 Dh
PHARMACIE		Date 21/04/2020
Montant de la facture		276.75 DH
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 21/04/2020
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B	110,00 DH	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Signature
Cm

Signature
2020-06-22

Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naïma BEN ALI
Docteur en Pharmacie
1, Rue Senebil - Hay Annouar
Tél : 05 36 50 60 55 - 05 36 50 60 55
INPE : 082005455

Dr. Said BOUCHENTOUF
Dentiste

Dr. Said BOUCHENTOUF
Dentiste

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université Montpellier en France



الدكتور وريمشي محمد الكريم

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
و الفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا

Oujda le : **21 AVR 2020** : وجدة في

Mme CAMRABTI Yamina

$$78.70 \times 2 = 157.40$$

1) Diaminobony

14plj

$$2080 \times 2 = 4160$$

2) Glucophage 500

14plj

7775

3) Trivimag

14plj

276.75

TRT Le 03mou

الدكتور وريمشي محمد الكريم

طبيب عام خريج كلية الطب بالرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه فرنسا
2 زنقة الزهراوي طريق سيدي يحي وجدة

الهاتف : 05 36 50 37 09 : Tél : 05 36 50 37 09

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous Oujda

العنوان : 2، زنقة محمد زغراوي، طريق سيدي يحي (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة

78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



6 118001 130153

20,00

GLUCOPHAGE® 500

50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080626

er de préférence

77,75 DH

Lot: 23102018F

Per: 10-2021

149 Kcal/643 kJ.



5 420024 611207

78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



6 118001 130153

20,80

GLUCOPHAGE® 500

50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080626

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université Montpellier en France



الدكتور وريشي عبد الكريم

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
و الفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا

وجدة في : 21 AVR 2020 Oujda le :

Mme CAMRABTI Yamina

HB A1 C

مختبر وريشي في الطب
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Ouryemchi Abdelkrim
Medecin Biologiste
05 36 50 37 09

الدكتور وريشي عبد الكريم
طبيب عام خريج كلية الطب الرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه فرنسا
2 زنقة الزهراوي طريق سيدي يحيى وجدة
الهاتف : 05 36 50 37 09

الهاتف : 05 36 50 37 09 Tél :

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous Oujda

العنوان : 2, زنقة محمد زغراوي, طريق سيدي يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة



Dr S. BOUCHENOUF

LABORATOIRE BOUCHENOUF D'ANALYSES MEDICALES

Dr S. BOUCHENOUF

28 Avenue de l'armée de libération Immeuble Bana 1er Etage- Oujda

Email:labobouchenouf@gmail.com - Tél/Fax :05 36 68 41 68

21/04/2020

Facture N° 258

Nom et Prénom : LAMRABTI YAMINA 64 ans-
F

Date prélèvement : 21/04/2020 09:28:00

Analyse	Montant HT	TVA	Montant TTC
HBA1C	100.00	10.00	110.00

TOTAL GENERAL:

Total HT: 100.00

Total TVA: 10.00

Montant TTC: 110.00

La présente facture est arrêtée à la somme de cent dix dirhams

مختبر بوشنتوف للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BOUCHENOUF D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Said BOUCHENOUF
Médecin Biologiste
Tél: 05 36 68 41 68