

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 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

Nº W19-463803

ND: 324 85

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5403

Dentaire

Société :

Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JADIB LEILA

Date de naissance :

26/7/1962

Adresse :

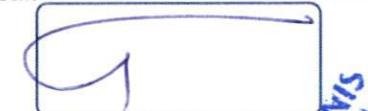
2, rue les Arénies, Béni Mellal 21, Le Maroc, n° 15
Casablanca

Tél. :

0661 173321 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/01/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HT

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 21/01/2021 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº W19-463803

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

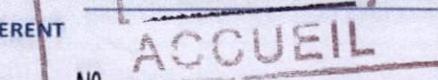
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21/02/2023	21			<p style="text-align: right;">INTEGRAL</p> <p style="text-align: right;">Dr. ABDERRAHMANE BENAYAD</p> <p style="text-align: right;">Télephones cardiaques</p> <p style="text-align: right;">DIASS - MOA</p> <p style="text-align: right;">PLANCIA 25 35</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Benniss</i>	21-4-2020	572,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

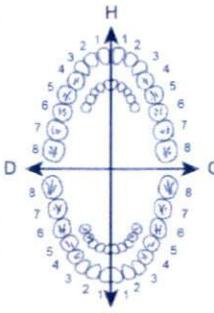
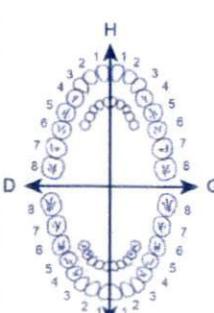
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H <input type="text"/> 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G <input type="text"/> 21433552 00000000 B 00000000 11433553		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 21/04/2020

Mme LEILA JADIB

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
Angle Bd. Bl. Abderrahman et Ali Abderrazzak
Tél. 022.04.45.20 - 010.04.45.20



1) CO-APROVEL Comprime Enrobe à 150 mg/12,5 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

5660 X3

2) STILNOX Comprime Pellicule Secable à 10 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

N° 9622



57270

Professeur Ahmed BENNIS
Délégué des maladies cardiovasculaires
98 Rue Kadi Iass - Maârif
CASABLANCA
57270

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 160mg/12,5mg

b28

P.P.V : 134,30 DH



6 118001 081028

sanofi ave

VC
bienvenue la notice avant utilisation
seulement la notice à prescription médicale
est soumis à prescription médicale
on only medicine prescriber
fully the package insert before
product, subject to medical pre

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 160mg/12,5mg

b28

P.P.V : 134,30 DH



6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 160mg/12,5mg

b28

P.P.V : 134,30 DH



6 118001 081028

s de la montée et de la vue de
l'emballage à l'heure
in dans l'emballage à l'heure
de la montée et de la vue de
of the reach and sight of ch
he original package.
ors above 30°C.

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

PER.: 2023
LOT: 20E04

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

PER.: 12.2023
LOT: 20E04
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465