

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.

Pathologie 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
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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044188

ND: 33357

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ouhmi Moha

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : 46 Rue Sallam hay El Meouda A Berrechid

Tél. : 06.11.89.27.51 Total des frais engagés : 898 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : Ouhmi Mahjoub Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DNI D + HTA + Coronaropathie

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) : [Signature] Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044188

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 : 1146

Nom de l'adhérent(e) : MOHAMED

Total des frais engagés : 898

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

17/06/2020 1C 21 15.0 DH

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Ech. Marakech - Berrechid
Tél.: 0522 30 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE BERRECHID
Hélène MARRAKCHI PHARMACIENNE
93 Bd Mohamed V Berrechid
Tél : 05 22 32 40 68

17/06/2020

PHARMACIE BERRECHID
Hélène MARRAKCHI PHARMACIENNE
93 Bd Mohamed V Berrechid
Tél : 05 22 32 40 68

748.00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

881140

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

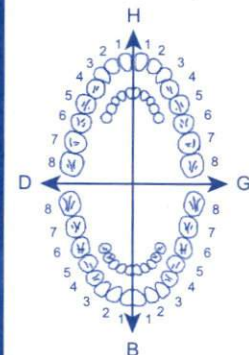
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

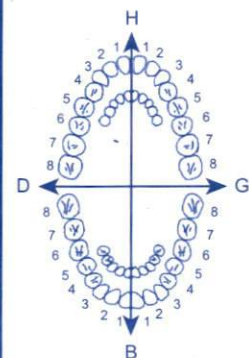
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

مكتورة سمية الغمراوي

خرجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

17/06/2020

Berrechid, le

Soumi Mahi

54168

1) Diamicon 30

1 cpl le mahi a jeun

traitement de 04 mois

2) Metformine win 1000 (8B)

1 cp x 2 j.

traitement de 04 mois

3) Aténor 100

1 cpl le

4) Oropropolis spr.

1 app x

ORO PROPOLIS
SPRAY BUCCAL
Oral Spray

70

S.V

5) Tabriadox. Collyre

gble / oeil x 24-74

~~PHARMACIE BERRECHID~~
~~Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE~~
~~93 Bd Mohamed V Berrechid~~

~~Tél : 05 22 32 40 68~~

~~PHARMACIE BERRECHID~~
~~Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE~~
~~93 Bd Mohamed V Berrechid~~
~~Tél : 05 22 32 40 68~~

Dr. Soumia GHAMRADUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél.: 05 22 33 65 99

LOT : 19E001
PER : 06 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 20E026
PER : 12 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 19E002
PER : 06 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 19E001
PER : 06 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 20E026
PER : 12 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 9MA065
PER : 03 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 20E026
PER : 12 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 20E029
PER : 01 2023
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

LOT : 9MA065
PER : 03 2022
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
118000 062141

ML
1146

LOT : 31E01A
EXP : 06 2021
TOBRADEX®
COLLYRE EN SUSPENSION
LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX
6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS
406833

7/10HS
ATEN
Aténolol
56
Comprimés

56
Aténolol
ATEN
Comprimés

89 DHS

89 DHS

89 DHS