

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



DECLARATION DE MALADIE

N° W19-540079

ND 35002 105639 C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5639 Société : MUPRAS			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : BAITOU			
Nom & Prénom : Abdela313			
Date de naissance : 08/03/1958			
Adresse : IGHILI 7 N° 189 Mhamid Yassine			
Tél. : 0661258374	Total des frais engagés : 343,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : RAMIACH NAÏMA Age : 1968	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : RENALOLYSE	
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 : Casablanca Le : 13/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-540079	
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).	
Matricole : 5639 Nom de l'adhérent(e) : BAITOU Total des frais engagés : 343,20 Date de dépôt : 28 JUIL. 2020	

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
12 juil 2022	C	1	120,00	INP 110828 3

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAGIC AL OUSRA Yousra MOSSADEK Midi II, N° 661 - Marrakech Tél.: 05 24 37 08 46	13/7/2020	223.20

PHARMACEUTICAL OUSRA
Dr. Youcef MOSSADEK
Marrakech, Morocco - Marrakech
Tél : 05 24 32 08 46

INP-072008634

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

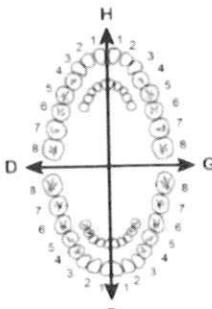
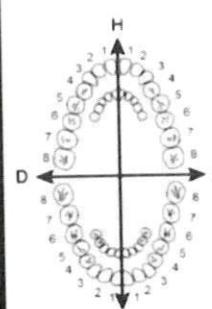
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'UDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Docteur Omar Mazouz

Médecine Générale

Ex-Directeur de L'hôpital Boulmane
Echographie

الدكتور عمر مزوز

الطب العام

مدير سابق مستشفى الإقليمي بولمان
الفحص بالموجات فوق الصوتية



Marrakech, le

مراكش في

23 JUL 2020

Rachid Naimo

108.60

Osteocare
ACP
Tobacco



61,50

14

Tobacco



53,10

14 + 3

PHARM 223 AL QUSRA
Dr. Youssef MOSSAK
M'hamid II, N° 661 - Marrakech
Tél. 05 24 37 08 46

JNP 072008634

إقامة الليمون عمارة C رقم 8 طابق 3 محاميد مراكش

Res Orangers Imm C Appt 8 / 3eme étage M'hamid Marrakech - Tél : 05 24 37 15 63

A LABRI DE LA VUE OU DE LA PORTEE DES ENFANTS
MAINTENIR DANS UN ENDROIT FRAIS ET SEC.

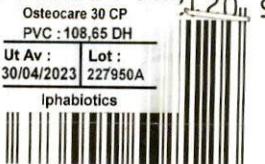
Malodéxtrine BHA, Erycélineose])

choline Movamine. Silice silicidate amylose, Zinc Purite,
(chlorocellulose), Les Transporteurs Thymides à
Stearate de magnésium. Sulfate de zinc. Vitamine D3
Glycérat, amidon soluble, Luminaris Tric primaire.
Glycos, oxyde de zinc et zinc. Desmogérateur
Pellucide hydratopolymeres. Propylène
microcristalline et Phosphate de Calcium disulfure
Polyvinylpyrrolidone. Dlumets. Cellulose
magnesium. Laitus amidon de pommes &

Osteocare 30 CP
PVC : 108.65 DH

Ut Av : Lot :
30/04/2023 227950A

lphabiotics



PER.06.2022
LOT : 195E003

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

118000060833

PPV: 61DH50
PER: 01/23
LOT: J088

Mob

Meloxicam

15 mg

Uniquement sur ordonnance

14 comprimés sécables



Fabriqué par bottU s.a.
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Boehringer
Ingelheim